

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU

MAGISTRSKA NALOGA

MARIJA PINTARIČ

Izola, 2014

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU**

**IZKUŠNJE PACIENTOV IN NJIHOVA STALIŠČA O
ZDRAVSTVENI NEGI V SPLOŠNI BOLNIŠNICI
IZOLA**

**EXPERIENCE OF PATIENTS AND THEIR THINKING TOWARDS
NURSING CARE IN GENERAL HOSPITAL IZOLA**

Študentka: MARIJA PINTARIČ

Mentorica: prim. doc. dr. DANICA ROTAR PAVLIČ

Študijski program: PODIPLOMSKI ŠTUDIJSKI PROGRAM

Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA

Izola, 2014

KAZALO VSEBINE

KAZALO SLIK.....	IV
KAZALO PREGLEDNIC.....	V
KAZALO TABEL.....	VI
POVZETEK	VII
ABSTRACT	VIII
SEZNAM KRATIC.....	IX
1 UVOD	1
2 TEORETIČNA IZHODIŠČA	3
2.1 Kakovost v sistemu zdravstvenega varstva	3
2.1.1 Načela kakovosti v zdravstvu	4
2.1.2 Zdravstvena oskrba	6
2.1.3 Kakovost v zdravstveni negi	7
2.1.4 Standardi zdravstvene nege.....	8
2.1.5 Dimenzije kakovosti zdravstvene nege.....	11
2.1.6 Kakovost metodologije – proces zdravstvene nege in negovalne diagnoze	11
2.1.7 Kakovost zaposlenih – komuniciranje in etika	14
2.1.8 Kakovost organiziranja – triaža pacientov	14
2.1.9 Specifičnosti zdravstvene nege pacienta v urgentni dejavnosti.....	16
2.2 Komunikacija v zdravstvu	18
2.2.1 Načini komuniciranja.....	19
2.2.2 Osnovna pravila komunikacije	21
2.2.3 Komunikacija in zdravstvena nega	22
2.2.4 Komunikacija v urgentnih stanjih.....	24

2.2.5	Komunikacija v okviru rednega specialističnega dela.....	27
2.3	Etika v zdravstvu	28
2.3.1	Vrednote.....	28
2.3.2	Etika v zdravstveni negi.....	29
2.3.3	Etična načela v zdravstveni negi.....	30
2.3.4	Etične dileme v urgentnih situacijah.....	31
2.4	Zadovoljstvo pacientov v zdravstvu.....	33
2.4.1	Instrumenti merjenja zadovoljstva.....	33
2.4.2	Zadovoljstvo pacientov z zdravstveno oskrbo.....	35
2.4.3	Vpliv osebnih lastnosti pacienta na zadovoljstvo	36
2.4.4	Zadovoljstvo pacientov v zdravstveni negi	40
3	METODE DELA.....	43
3.1	Namen, cilj raziskave in raziskovalne hipoteze.....	43
3.2	Vzorec.....	43
3.2.1	Sociodemografski profil pacientov	44
3.3	Merski instrument.....	45
3.4	Potek raziskave	47
4	REZULTATI.....	49
4.1	Preverjanje hipotez	49
4.1.1	Primerjava vrednot in izkušenj pacientov s samooceno dela medicinskih sester.....	67
5	RAZPRAVA	72
6	ZAKLJUČEK.....	84
7	LITERATURA.....	85
	ZAHVALA.....	95

PRILOGE	96
---------------	----

KAZALO SLIK

Slika 1: Zdravstvena oskrba (3).....	7
Slika 2: Proces zdravstvene nege (25).....	12
Slika 3: Potek dvosmerne komunikacije (41).....	18
Slika 4: Socialni gradient v zdravju (77).....	39
Slika 5: Prvine, ki vplivajo na oblikovanje pacientovega mnenja o oskrbi (78).....	39
Slika 6: Porazdelitev vrednosti izpeljanih dimenzij zdravstvene nege na podlagi izkušenj pacientov.....	66

KAZALO PREGLEDNIC

Preglednica 1: Prednosti in pomanjkljivosti govornega in pisnega komuniciranja (41).....	20
Preglednica 2: Motnje pri komunikaciji (46)	23

KAZALO TABEL

Tabela 1: Sociodemografske značilnosti pacientov.....	45
Tabela 2: Opisne statistike za enajst komunikacijskih elementov zdravstvene nege vrednotenih na štiristopenjski lestvici	50
Tabela 3: Binomski test za komunikacijske elemente zdravstvene nege v SBI, ki so jih vrednotili pacienti	52
Tabela 4: Opisne statistike za elemente dosegljivosti in informiranosti zdravstvene nege vrednotenih na štiristopenjski lestvici	54
Tabela 5: Binomski test za elemente dosegljivosti in informiranosti zdravstvene nege v SBI, ki so jih vrednotili in doživeli pacienti.....	56
Tabela 6: Opisne statistike za elemente enakopravnosti in enakovrednosti zdravstvene nege vrednotenih na štiristopenjski lestvici	60
Tabela 7: Binomski test za enakopravnost in enakovrednost pacientove obravnave v SBI vrednotene s strani pacientov	63
Tabela 8: Binomski test za enakopravnost in enakovrednost pacientove obravnave v SBI doživete s strani pacientov.....	64
Tabela 9: Opisne statistike za izpeljane dimenzije zdravstvene nege na podlagi izkušenj pacientov.....	65
Tabela 10: Mann-Whitneyev U-test razlik v dimenzijah zdravstvene nege na podlagi izkušenj med pacienti urgentnih in specialističnih ambulant	67
Tabela 11: Komunikacijski elementi – vrednote – izkušnje – samoocena dela medicinske sestre	68
Tabela 12: Elementi dosegljivosti in informiranosti – vrednote – izkušnje – samoocena dela medicinske sestre	70
Tabela 13: Elementi enakopravnosti in enakovrednosti – vrednote – izkušnje – samoocena dela medicinske sestre	71

POVZETEK

Pacienti imajo svoje izkušnje preteklih obravnav z zdravstveno oskrbo, ki jih med seboj primerjajo in tako opredelijo svoje zadovoljstvo. Izid zdravstvene oskrbe predstavlja del kakovosti našega dela, sodelovanja z vsemi zdravstvenimi profili, dobre komunikacije, upoštevanje etičnosti in delovanja sistema zdravstvenega varstva.

Namen magistrske naloge je bil preučiti izkušnje in stališča pacientov o delu medicinskih sester ter ugotoviti, katere vrednote dela negovalnega osebja pacienti postavljajo v ospredje.

Cilj magistrske naloge je bil raziskati izkušnje in stališča pacientov z delom zdravstvene nege v urgentni in specialističnih ambulantah Splošne bolnišnice Izola. Drugi cilj je bil ugotoviti, ali prihaja do razlik v zadovoljstvu med negovalnim osebjem specialističnih ambulant in urgence.

Izvedli smo kvantitativni pristop raziskovanja z metodo anketiranja. V raziskavo so bili vključeni pacienti, ki so ambulate obiskali v času raziskave. Postavili smo štiri hipoteze, ki smo jih preverjali z binomskim testom. Za analizo razlik izkušenj pacientov med specialističnimi in urgentno ambulanto pa smo uporabili Mann-Whitneyev test.

Z analizo podatkov smo prvo hipotezo potrdili le v dveh komunikacijskih elementih od dvanajstih. Drugo hipotezo smo testirali v osmih elementih vrednot in izkušenj za dosegljivost in informiranost: potrdili smo jo v štirih elementih vrednot in petih elementih izkušenj. Tretjo hipotezo smo testirali v dvanajstih elementih vrednot in izkušenj za enakopravnost in enakovrednost: potrdili smo jo v sedmih postavkah vrednot in enajstih elementih izkušenj. Četrta hipoteza ni potrjena, ker se pridobljeni rezultati niso izkazali za statistično značilne.

V prihodnje bi lahko našo raziskavo razširili tudi na bolnišnične oddelke in elemente zadovoljstva pacientov primerjali med seboj.

Ključne besede: izkušnje, stališča, pacient, zdravstvena nega, kakovost.

ABSTRACT

Patients have their own experience of past treatments of medical care, which are compared in order to define their satisfaction. The outcome of health care is part of the quality of our work, cooperation with all health profiles, good communication, take into count ethics and the health care system.

The purpose of the master's thesis was to examine the experiences and views of patients on the work of nurses and to determine which values the work of the nursing staff, patients prefer.

The aim of the master thesis was to explore the experiences and views of patients with the work of nursing in emergency and specialist outpatient clinics General Hospital Izola. The second objective was to determine whether there are differences in satisfaction between the carer or specialist clinics and urgency.

We carried out a quantitative approach research with survey method. The study included patients who visited clinics during the study period. We set four hypotheses, which we checked with the binomial test. To analyze the differences between the experiences of patients and specialist emergency department we used Mann-Whitney test.

By analyzing the data, we first hypothesis confirmed in only two out of twelve elements of communication. The second hypothesis was tested in eight elements of values and experience for availability and information: we confirmed four elements by the values and five elements of the experience. The third hypothesis was tested in twelve of the values and experiences of equality and equivalence: we confirmed the seven items of values and eleven elements of the experience. The fourth hypothesis is not confirmed, because the obtained results are not shown to be statistically significant.

Further, our study could be extended to hospital departments and elements of patient satisfaction compared with each other.

Keywords: experience, fact/view, patient, health care, quality

SEZNAM KRATIC

SBI - Splošna bolnišnica Izola

NDU - Nursing Development Units

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association (severnoameriška zveza za negovalne diagnoze)

ZPacP - zakon o pacientovih pravicah

IBM - International Business Machines Corporation

1 UVOD

Merjenje izkušenj pacientov je eden od pomembnih kazalnikov kakovosti zdravstvene oskrbe, osredotočene na paciente. Zraven osredotočenja na paciente je treba upoštevati tudi druge elemente kakovosti, kot so uspešnost zdravstvenih posegov, varnost pacientov, pravočasnost zdravstvene oskrbe, učinkovitosti in enakost v obravnavi. Ugotavljanje in spremljanje zadovoljstva pacientov je pomembno, ker vpliva na kakovost zdravstvene oskrbe (1).

Kersnik (1) navaja, da je zadovoljstvo pacientov sistematično zbrano in izmerjeno mnenje pacientov o njihovih izkušnjah z zdravstveno oskrbo, postopki, izvajalci, zdravstveno ustanovo v celoti ali njenim delom in s tem s sistemom zdravstvenega varstva (organizacija zdravstvenih služb, število kadra, opremljenost zavoda, naročanje, čakalne dobe).

Pacienti začnejo ob vstopu v zdravstveno ustanovo doživljati bodisi pozitivna bodisi negativna občutja. Ne smemo prezreti dejstva, da imajo medicinske sestre pomembno vlogo, ker s pacienti vzpostavijo prvi stik. Pomembno je, da vzpostavijo dober in ustrezen in zaupljiv odnos s pacienti (2). Medicinske sestre nastopajo na vseh ravneh zdravstvenega varstva, tako imajo pacienti veliko možnosti za kritično ocenjevanje njihovega dela.

Zadovoljstvo pacientov pa je odvisno tudi od njihovega zdravstvenega stanja in vzroka obiska zdravnika. Tako so potem na koncu obravnave v zdravstveni ustanovi pacienti zadovoljni ali pa nezadovoljni z delom zdravstvenega tima, kakovostjo opravljenega posega. Pri stopnji zadovoljstva pacientov z zdravstveno oskrbo moramo zato uporabiti ustrezne instrumente za merjenje zadovoljstva, če želimo izvedeti, kako dobro opravljamo svoje delo. Eden od načinov pridobivanja informacij je anketiranje pacientov, ki smo ga uporabili tudi v naši raziskavi. Upoštevanje in spremljanje zadovoljstva pacientov ima zato pomembno mesto pri zagotavljanju kakovosti zdravstvenih storitev. Pridobljene informacije nam služijo za odkrivanje naših šibkih točk in s tem podajajo informacije, kje, kaj in bodisi tudi kako lahko izboljšamo kakovost našega dela in s tem oskrbe pacientov. Kersnik (3) navaja, da je sistem kakovosti zbir medsebojno povezanih načrtnih dejavnosti in ukrepov na vseh ravneh v sistemu zdravstvenega varstva s ciljem stalnega zagotavljanja in izboljševanja kakovosti oskrbe pacientov. Za vse to pa je treba uvesti in upoštevati standarde oziroma smernice.

Zdravstveno stanje pacientov ima tukaj pomembno vlogo. V urgentnih stanjih je velikokrat komunikacija otežena zaradi zdravstvenega stanja pacientov in prisotnosti strahu. Pa vendar ima vsak posameznik, tako pacient kot zdravstveni delavec, svoj slog komuniciranja, ki ga po potrebi prilagodi sogovorniku (4).

Pomembno vlogo in temelj v kakovosti predstavlja profesionalna komunikacija. Informacije, pridobljene s komunikacijo, so ključne za kakovostno oskrbo, s komunikacijo začnemo prav tako pa tudi končamo našo oskrbo. Tudi Železnik (5) navaja, da je zaželeno, da se medicinske sestre znajo pogovarjati, poslušati in slišati, ugovarjati, izrekat mnenja, oblikovati ideje in ideale, predvsem pa izraziti veliko razumevanja do pacientov, njihovih svojcev ter pomembnih drugih. Medicinske sestre morajo biti izobražene, morajo premišljevati, biti rahločutne, uporabljati empatijo, znati komunicirati in etično presoјati, saj nastopajo kot profesionalke zdravstvene nege.

Stres (6) navaja, da nam etika zapoveduje, kaj je prav in kaj ne, kaj je dobro in kaj je zlo, kako lahko ravnamo in kako ne. Etika v zdravstveni negi in celostni oskrbi ima prav tako veliko vlogo. V procesu zdravstvene oskrbe pacienta se moramo držati določenih etičnih načel.

Najpomembnejša etična načela, ki jih predstavlja tudi Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, so dobrodelnost in neškodljivost, pravičnost, avtonomija, pozornost, odgovornost, kompetentnost in odzivnost (7).

Spoštovanje načela avtonomije predstavlja pomembno vlogo, saj imajo pacienti možnost svobodnega in neodvisnega, odgovornega odločanja o sebi. Ne smemo pozabiti na pravico o obveščenosti in informiranosti, dobronamernosti delovanja v korist pacientov, načelo pravičnosti in ne škodovanja. Medicinska sestra nastopa v vlogi zagovornice pacientov, se zavzema ter ščiti njegove interese in pravice. Medicinska sestra ima specifična znanja in je usposobljena izvajati zdravstveno nego v skladu z načeli Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (8), se odločati v različnih situacijah in se spoprijemati z različnimi etičnimi dilemami, ki se med zagotavljanjem zdravstvene oskrbe pogosto pojavljajo.

2 TEORETIČNA IZHODIŠČA

2.1 Kakovost v sistemu zdravstvenega varstva

Toth (9) navaja, da kakovosti v zdravstvenem varstvu namenjajo v svetu čedalje večjo pozornost. Ko govorimo o kakovosti v zdravstvenem varstvu, hitro ugotovimo, da gre za izredno zapleteno in zahtevno področje, ki se prepleta kot celoten sistem zdravstvenega varstva z vrsto drugih gospodarskih in socialnih področij oziroma okoljem.

Albreht (10) navaja, da je organiziranost zdravstvenega varstva v Sloveniji razdeljena na primarno, sekundarno in terciarno zdravstveno dejavnost.

Kljub precej jasni definiciji o kakovosti zdravstvenega varstva imajo ljudje različne predstave. Zato se predstave o kakovosti gibljejo med dejanskim stanjem in pričakovanji ljudi oziroma interesnih skupin glede možnosti uveljavljanja zahtev do zdravstvenih storitev, med zahtevami in željami izvajalcev zdravstvenih storitev po boljših delovnih pogojih in opremljenosti z najsodobnejšo tehnologijo (9).

Toth (9) navaja, da se ob grobem razvrščanju ljudi, dejavno ali potencialno vključenih v sistem zdravstvenega varstva, ob proučevanju kakovosti zdravstvenega varstva soočamo z interesi:

- pacientov, ki bi jih lahko naprej členili glede na zahteve in pričakovanja njihovih posameznih skupin (starejša populacija, ženske, ljudje z določenimi kroničnimi boleznimi, invalidi itd.);
- zavarovanih oseb, ki trenutno ne potrebujejo zdravstvenih storitev;
- zdravstvenih delavcev oziroma izvajalcev storitev, znotraj katerih so prav tako razlike (zaposleni v javnih zavodih ali zasebniki, bolnišnicah in zunajbolnišnični dejavnosti);
- delodajalcev;
- države ali družbe v najširšem smislu besede;
- nosilcev zavarovanj (zavarovalnic, bolniških blagajn);
- plačnikov prispevkov in premij.

Za oceno kakovosti sistema zdravstvenega varstva je pomembna stopnja uresničevanja načela enakosti (*equity*) med vsemi zavarovanci po pravni ureditvi kot tudi v praksi.

Ta pomeni enakost v: dostopnosti in pogojih uresničevanja pravic, možnostih uveljavljanja potreb, obravnavi, razporeditvi obveznosti (9).

2.1.1 Načela kakovosti v zdravstvu

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije je v Nacionalnih usmeritvah za razvoj kakovosti v zdravstvu pojem kakovost definiralo z naslednjimi šestimi načeli kakovosti (11):

- **uspešnost** – ali naši posegi izboljšajo zdravstveno stanje pacienta?,
- **varnost** – ali bomo škodili pacientu?,
- **pravočasnost** – koliko časa mora pacient čakati?,
- **učinkovitost** – ali lahko to storimo ceneje z enakim izidom?,
- **enakost** – ali prihaja do razlik na podlagi spola, starosti, socialnega statusa itd.?,
- **osredotočenje na pacienta** – ali zdravimo paciente tako, kot bi zdravili lastne starše ali otroke?.

Lubi (12) navaja, da razlaga teh načel seveda ne more biti dovolj izčrpna in da vselej lahko ponudimo le bolj ali manj nepopolno interpretacijo zaželenega stanja, medtem ko je njegova realizacija podvržena konkretnosti in pogosti nepredvidljivosti življenja. To pa še ne pomeni, da si ni treba ustvarjati jasne predstave o želenem stanju in ravno to počnemo z natančnejšim določanjem kriterijev, po katerih naj bi to stanje presojali.

Visoka šola za zdravstvo Jesenice navaja naslednje opredelitve (12):

- vsak pacient naj bo obravnavan tako, da bo čim prej neodvisen pri opravljanju osnovnih življenjskih aktivnosti;
- da bodo maksimalno zagotovljene vse njegove fizične, psihične, socialne in duhovne potrebe;
- pacient naj bo obravnavan sistematično po metodi procesa zdravstvene nege;
- obravnava naj bo kontinuirana, kompleksna in koordinirana;
- vse faze dela ob pacientu naj bodo ustrezno dokumentirane;

- za delo naj bodo racionalno in učinkovito razporejeni viri (finančni, kadrovski, materialni);
- naj bodo zmanjšane hospitalne poškodbe, obolenja in poslabšanja bolnišničnega stanja kot posledice izvajanja zdravstvene nege;
- zagotavljanje zadovoljstva pacienta z zdravstveno nego, povezovanje s svojci, povezovanje med člani zdravstvenega, negovalnega, multidisciplinarnega tima;
- zagotovili najvišjo možno stopnjo zdravja.

Kakovost pride do izraza vedno takrat, kadar je neko delo izvajalca izpostavljeno soočenju z uporabnikom. Kaže se ob vsakem »prehodu« med ljudmi in sistemi kjerkoli v celotnem postopku oskrbe ter je pomembna sestavina vsake zdravstvene oskrbe. Kersnik (13) navaja, da je kakovostna zdravstvena oskrba pravica vsakega pacienta in vsake skupnosti, ne glede na omejena sredstva, ki jih družba lahko namenja za zdravstveno varstvo. Zagotoviti jo moramo pri izvajanju kateregakoli zdravstvenega ukrepa. Pacient in celotna skupnost imata koristi od zdravstvene službe, zato pacienti od sistema zdravstvenega varstva pričakujejo, da bodo »uslišane« vse njihove želje in potrebe po zdravstveni oskrbi (1).

Z načrtnim delom je treba zmanjšati možnost nastanka odstopanja od zaželenene ravni. Grbec (14) navaja, da med vrednotami, ki jih goji posameznik, in profesionalnimi vrednotami lahko obstajajo nesoglasja in konflikti, ki jih je treba nujno razreševati. Za večino odstopanj od najboljše možne oskrbe niti ne vemo niti jih z običajnim nadzorom ni mogoče odkriti. Sistematično preprečevanje takih drobnih »napak« prinaša boljšo kakovost za širok krog pacientov (3).

Kersnik (15) navaja, da je kazalec kakovosti merljiv del zdravstvene oskrbe, za katerega je dokazano (znanstveno – z raziskavami), ali zanj velja splošno soglasje, da odraža kakovost pogojev in postopka oskrbe ter ga zato lahko uporabimo za oceno kakovosti in s tem oceno nastalih sprememb v kakovosti. Kazalcem potem pripišemo določena merila. Merilo kakovosti je sistematično oblikovano stališče, ki ga lahko uporabljamo pri ocenjevanju ustreznosti določene odločitve, postopka, posamezne storitve, posega in izida oskrbe. Najpogostejše so meje našega delovanja zapisane v priporočilih za delo, doseganje določenih ciljev kakovosti pa imenujemo smernice ali standardi.

2.1.2 Zdravstvena oskrba

Uporabniki zdravstvene oskrbe so prvenstveno pacienti pa tudi javnost kot potencialni pacienti in celotna družba. V krogih, ki se ukvarjajo z ocenjevanjem kakovosti oskrbe, se je uveljavilo ločevanje zdravstvene oskrbe pacienta na tri sestavine (Slika 1) (1):

- **pogoji**, v katerih poteka zdravstvena oskrba

Dolga leta so bili pogoji, v katerih se je vršila zdravstvena dejavnost, tudi najpomembnejši kazalec kakovosti. Predpisi določajo prostorske, higiensko-epidemiološke, kadrovske in druge normative za delovanje zdravstvenih ustanov. Med **pogoje** za delo štejemo *organizacijo oskrbe* (dostopnost, dosegljivost, neprekinjenost), *ekonomske pogoje* (privoščljivost, univerzalnost), *vodenje, osebje* (usposobljenost, prijaznost), *prostore, opremo* in *informacijski sistem*. Zagotavljanje ustreznih pogojev za delo torej sodi med naloge vodilnih v zdravstvenih ustanovah in v sistemu zdravstvenega varstva (3).

- **postopek** zdravstvene oskrbe (zdravstveni ukrepi, storitve) nudenja določene zdravstvene oskrbe

Drugo sestavino predstavlja sam postopek pacientove oskrbe, pri katerem opazujemo način nudenja storitev, sporazumevanje s pacientom, preiskave, zdravljenje, poučevanje pacienta o bolezni, postopkih zdravljenja, diagnostike, preprečevanja nadaljnjega slabšanja zdravstvenega stanja, napotitve k drugim zdravnikom in druge dejavnosti, povezane s tem. Postopek oskrbe je način izbire in izvedbe določenega pričakovanega zdravstvenega ukrepa pri določenem pacientu v določenih pogojih dela (3).

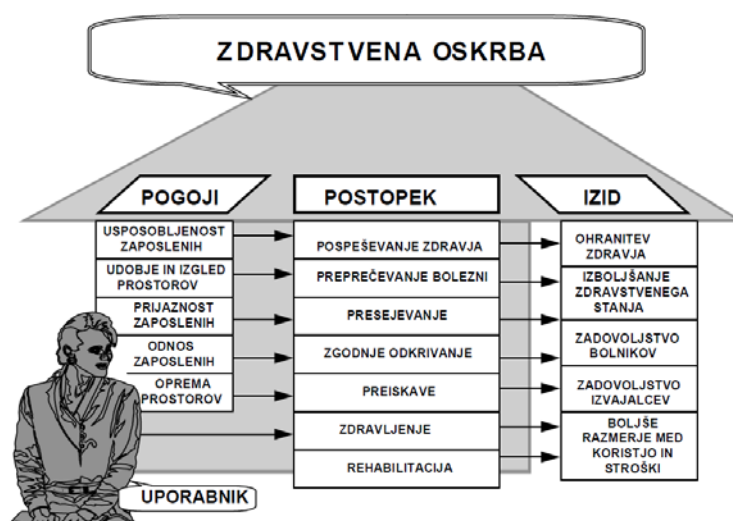
- **izid** zdravstvene oskrbe (izid zdravstvene storitve oziroma dosežena zdravstvena korist)

Tretja sestavina predstavlja izid oskrbe, ki nam pove, kaj je s pacientom po končanem zdravljenju oziroma kakšne so posledice nudene zdravstvene oskrbe. **Izid** je pri določenem pacientu in v danih pogojih dela poleg naravnega poteka bolezni (lastnosti pacienta) posledica postopka zdravstvene oskrbe (izbire in

izvedbe primerne zdravstvenega ukrepa). Izid oskrbe se kaže v obliki koristi in škodljivosti (3).

Odkloni med posameznimi izvajalci so v Sloveniji ogromni, zato je pomembna časovna, krajevna primerjava kazalnikov kakovosti in njihova primerjava s standardi, ki temeljijo na dokazih (16).

Kakovost poleg izvajalcev in uporabnikov zdravstvene oskrbe zanimata še plačnike zdravstvenih storitev in zdravstveno politiko, nad njimi bdi država z institucijami, ki na različne načine skrbijo za kakovostno izvajanje plana zdravstvenega varstva v celoti in za kakovost dejanske zdravstvene oskrbe (15).



Slika 1: Zdravstvena oskrba (3)

2.1.3 Kakovost v zdravstveni negi

Kakovost predstavlja celoten sistem uveljavljanja ciljev zdravstvene nege, ki so v končni instanci usmerjeni v blaginjo pacienta. Bolj ali manj identificirani kriteriji vodijo k praksi njihovega udejanjanja, v kateri se mora potrjevati tudi njihova ustreznost in potreba po dodatnem preoblikovanju. Zato je pojem kakovosti generičen pojem, ki se ga ne da popolnoma razviti, a se vendarle mora razvijati (12).

Obstaja veliko sistemov, metod in orodij za izboljševanje kakovosti v zdravstvu. Pri nenehnem izboljševanju kakovosti metode in orodja povežemo, da dosežemo dobre kazalnike izidov. Klemenc (17) navaja, da je tesno povezano s kakovostno zdravstveno obravnavo, z zadovoljstvom pacientov in zaposlenih tudi medpoklicno sodelovanje medicinskih sester in zdravnikov.

Prestor (18) navaja, da je pomemben kazalnik kakovosti zadovoljstvo pacientov ter prikazuje predvsem kakovost sporazumevanja, medsebojnih odnosov in organizacije dela. Seveda ima pacient o tem, kakšno zdravstveno oskrbo in na kakšen način jo bo dobil, svoje predstave. Kelhar (19) pa navaja, da svet kakovosti temelji na zadovoljstvih, ki sama po sebi niso niti koristna niti škodljiva.

V zdravstveni negi se kot posebna oblika timskega dela omenja »time za razvoj zdravstvene nege« (Nursing Development Units – NDU). To so timi medicinskih sester, ki delujejo na bolniškem oddelku in skrbijo za vrsto aktivnosti z namenom doseči profesionalni razvoj in izboljšati kakovost dela. Spodbujajo medicinske sestre, da spoznajo pacientove potrebe na učinkovit način, hkrati spodbujajo medsebojno komunikacijo in profesionalno odgovornost ter tako prispevajo k boljši izvedbi zdravstvene nege. V Sloveniji v zdravstveni negi takšni timi ne obstajajo, za podobne skupine zdravnikov splošne medicine se je uveljavil izraz »krožek kakovosti«. Osnovni namen krožkov je predvsem uvajanje kakovosti v zdravstveno nego in pristop od spodaj navzgor (20).

2.1.4 Standardi zdravstvene nege

Slovar slovenskega knjižnega jezika (1994) definira: »standard – za posamezno državo obvezen enotni predpis za mere, kakovost izdelkov«. »Standardizirati – s predpisom za vso državo enotno določiti mero, kakovost«. Tudi v zdravstvu in zdravstveni negi so strokovnjaki, ki se ukvarjajo s kakovostjo, razvili definicije standardov (21).

Smernica (standard) je pričakovana raven doseganja merila oziroma odstotek posameznih postopkov oskrbe, ki dosegajo merilo. S smernicami določimo, do katere mere mora biti določeno merilo izpopolnjeno, da lahko prikazano oskrbo štejemo za sprejemljivo. Hajdinjak in Meglič (22) navajata, da morajo biti standardi dinamični, da jih je možno prilagajati in spreminjati. Kriteriji morajo biti merljivi, specifični, primerni,

razumljivi, jasni in sodobni, kajti so merilo za vrednotenje, primerjanje in presojanje standardov, hkrati pa so tudi merilo za ocenjevanje uspešnosti, učinkovitosti in kakovosti zdravstvene nege. Zdravstvena oskrba, ki ne dosega postavljenih smernic, ni sprejemljiva oziroma bolje rečeno: pri oskrbi, ki ne dosega smernic, so potrebne spremembe (15).

Osnova oziroma najpomembnejši element zagotavljanja in pospeševanja kakovosti zdravstvene nege so torej standardi in kriteriji, ki med drugim jasno opredeljujejo naloge, pristojnosti in odgovornosti zdravstvene nege ter njen prispevek k dobrim rezultatom oziroma uspehom zdravstvene nege in zdravstvenega varstva v celoti. So koristen in nujen pripomoček za delo v praksi. Vendar je treba poudariti, da moramo kljub oblikovanim standardom paciente vedno obravnavati individualno in glede na njihovo stanje, probleme in potrebe ter v skladu s tem načrtovati in izvajati zdravstveno nego (22).

Prav tako Sekavčnik (21) navaja, da ko se odločamo za program zagotavljanja kakovosti, si prizadevamo, da bomo dosegli čim večjo učinkovitost in čim boljše rezultate, da med aktivnosti medicinske sestre lahko štejemo tudi postavljanje standardov in kriterijev kakovosti zdravstvene nege in da na pacienta gledamo celovito, zato nas naslednji cilji spremljajo pri vseh naših aktivnostih, ki jih opravljamo v dobro naših uporabnikov:

- pri izboljševanju ali vzdrževanju pacientovega zdravstvenega stanja,
- pri izboljševanju ali vzdrževanju njegovih funkcionalnih sposobnosti,
- pri zagotavljanju psihofizičnega udobja (pacientovo dobro počutje),
- pri doseganju pacientovega zadovoljstva po opravljeni zdravstveni negi.

Pri uvajanju sprememb v zdravstveni negi moramo upoštevati tudi velik vpliv različnih strokovnih področij, ki v zdravstvu med seboj tesno sodelujejo. Medicinska stroka in zdravstvena nega se tesno povezujeta, zato moramo delovati z roko v roki in hoditi po poti sprememb in novosti z enakim korakom (23).

Družba in pacienti gledajo na zdravstveno nego in medicinsko sestro na osnovi njenega dela, funkcije, znanja in vrednot. Osnovno izhodišče, kdo je medicinska sestra, znanje, vrednote in pogoje izobraževanja medicinske sestre jasno opredeljujejo vse teorije zdravstvene nege, ki je definirana v direktivi EU 2005/36 EC (24).

Vrste standardov

Sekavčnik (21) navaja, da Mason (1984) pravi, da je negovalni standard veljavna definicija kakovosti zdravstvene nege, ki vključuje kriterije, s katerimi lahko vrednotimo učinkovitost zdravstvene nege, medtem ko je Donabedian (1982) definiral standarde v zdravstvu kot strokovno oblikovane specifične kvantitativne zahteve, ki definirajo nekaj »dobrega«.

Hajdinjak in Meglič (22) navajata, da je Donabedian (1982) razdelil standarde na *standarde strukture, procesa in izida*, medtem ko je Mason (1984) poleg teh omenjal tudi standarde vsebine.

Hajdinjak in Meglič (22) navajata, da v kriterijih *standardov strukture* opredelimo:

- izvajalce zdravstvene nege (pri tem upoštevamo izobrazbo, usposobljenost in strokovna znanja, pristojnosti in odgovornosti ter določimo število);
- strokovnjake drugih področij, kadar sodelujejo pri izvedbi;
- prostor;
- opremo in pripomočke;
- pomožne in podporne službe, npr. centralna kuhinja, pralnica itd.;
- zahtevano znanje izvajalcev;
- literaturo, vire, kjer si izvajalci osvežijo ali poglobijo znanja;
- dokumentiranje: navedemo, kam dokumentiramo.

Vsi ti kriteriji morajo biti zagotovljeni, da lahko pacientom zagotovimo varno zdravstveno nego. Torej v kriterijih standardov strukture opišemo, kdo, kje in s čim bo izvedel določeno aktivnost (22).

V *standardu procesa* s kriteriji opišemo, katere akcije je treba izvesti, kako pogosto in kdaj. Kadar je akcija vezana na komunikacijo, opišemo vsebino – kaj povemo, kaj učimo, da rezultat dosežemo – ter opišemo oblike in metode dela (22).

Standardi izida opredelijo pričakovane rezultate ali izide. V kriterijih standardov izida zapišemo, kakšen izid pričakujemo in kdaj ter kako ga prepoznamo. S standardom izida merimo zadovoljstvo pacienta, pričakovano spremembo v pacientovem zdravstvenem stanju in znanju pacienta (vedenje o bolezni, zdravstvenem stanju, življenjskem slogu). Po kriterijih standarda izida ocenjujemo stopnjo kakovosti zdravstvene nege (22).

2.1.5 Dimenzije kakovosti zdravstvene nege

Sekavčnik (21) navaja, da kakovost zdravstvene nege gledamo v treh dimenzijah:

- *kakovost metodologije in tehnologije dela*, ki jo označujejo: učinkovitost, strokovnost, spretnost, varnost, skrbnost, primernost;
- *kakovost zaposlenih* – medsebojni odnosi: strokovnost, ki se kaže v sposobnosti zaposlenih spoštovati osebnost pacienta, zaupanju, posredovanju ustreznih informacij, pacientovi avtonomiji, enakopravnosti;
- *kakovost organiziranja*, ki jo označujejo: varnost, udobnost, neprekinjenost, učinkovitost, opremljenost.

2.1.6 Kakovost metodologije – proces zdravstvene nege in negovalne diagnoze

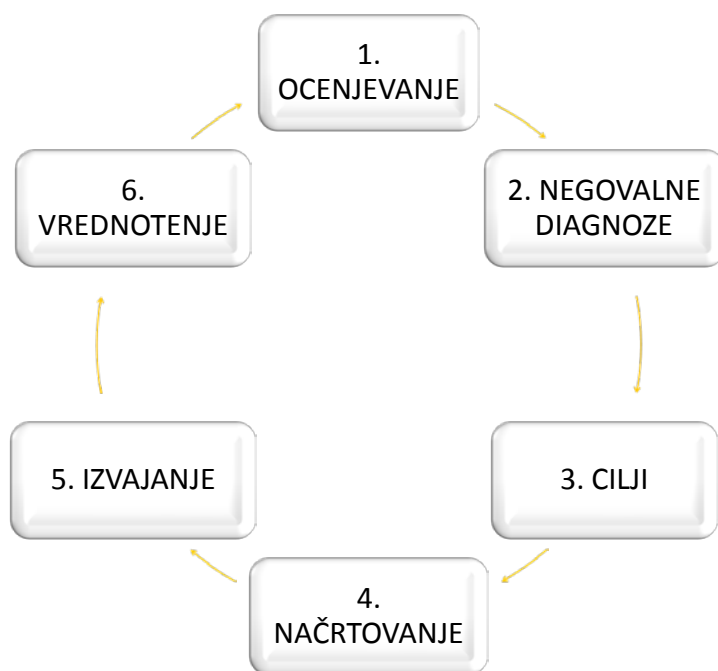
Hajdinjak in Meglič (25) navajata, da so v zgodnjih opisih proces zdravstvene nege avtorji predstavljali v štirih fazah. Prvi, ki sta v letu 1967 predstavili proces zdravstvene nege v štirih fazah, sta bili ameriški teoretičarki Yura in Walsh. Njuno idejo so sprejeli tudi drugi teoretiki in Svetovna zdravstvena organizacija. Proces zdravstvene nege se je delil na ugotavljanje potreb, načrtovanje, izvajanje in vrednotenje. V letu 1998 pa je ameriško združenje medicinskih sester predstavilo proces zdravstvene nege s šestimi fazami, v katerem cilji in negovalne diagnoze niso več vključeni v fazo načrtovanja, temveč se obravnavajo samostojno v posebni fazi (Slika 2).

Proces zdravstvene nege vsebuje šest faz (25):

- ✓ **prva faza** procesa: ocenjevanje – diagnostični proces se začne z ocenjevanjem stanja pacienta, kar zajema zbiranje, strukturiranje in grupiranje podatkov, identificiranje splošnih in specifičnih problemov ter oblikovanje in preizkus diagnostičnih hipotez in se zaključi z oblikovanjem točnih negovalnih diagnoz.
- ✓ **druga faza** procesa: negovalne diagnoze – v zaključku diagnostičnega procesa se običajno oblikuje več negovalnih diagnoz. Medicinska sestra jih razvrsti po prioriteti reševanja glede na njihovo pomembnost, resnost in objektivne možnosti njihovega reševanja.
- ✓ **tretja faza** procesa: cilji – ti morajo izhajati iz negovalnih diagnoz. Oblikovani morajo biti kratko, jasno, opisani morajo biti specifični problemi, ki izhajajo iz

negovalnih diagnoz. Cilji se morajo nanašati na pacienta in ne na aktivnosti medicinske sestre.

- ✓ **četrta faza** procesa: načrtovanje – zajema načrtovanje intervencij oziroma specifičnih aktivnosti medicinske sestre za razreševanje problemov in težav pacienta.
- ✓ **peta faza** procesa: izvajanje – ponovno preverjanje stanja, obnašanja pacienta z vidika sprememb in preverjanje ustreznosti načrtovanih intervencij; sprotno vrednotenje.
- ✓ **šesta faza** procesa: vrednotenje – zajema oceno pacientovega stanja, ravnanja in obnašanja; vrednotenje ciljev; vrednotenje intervencij zdravstvene nege.



Slika 2: Proces zdravstvene nege (25)

Negovalne diagnoze

Leta 1973 je ameriška zveza medicinskih sester (American Nurses Association) zapovedala uporabo negovalnih diagnoz. Istega leta so se zbrale medicinske sestre iz prakse, raziskovalke in teoretičarke z vseh področij zdravstvene nege ter ponudile oznake za stanja, opažena v praksi. Tako je bila ustanovljena NANDA (severnoameriška zveza za negovalne diagnoze), ki je uradno telo za promocijo, revizijo in potrditev negovalnih

diagnoz, ki jih medicinske sestre uporabljajo v praksi. Ker se je seznam negovalnih diagnoz povečeval, je NANDA razvila kvalifikacijski sistem oziroma taksonomijo za organiziranje diagnostičnih oznak. Naraščajoča potreba po računalniški dokumentaciji pacienta zahteva standardiziran jezik za opisovanje pacientovih problemov (26).

Trampuž (26) navaja, da negovalne diagnoze osvetljujejo kritično razmišljanje in sprejemanje odločitev ter zagotavljajo dosledno in splošno razumljivo terminologijo med medicinskimi sestrami, ki delajo na različnih področjih, kot so bolnišnice, ambulate, patronažna služba. Prav tako so negovalne diagnoze klinične presoje medicinske sestre o odgovoru posameznika, družine ali lokalne skupnosti na aktualne ali potencialne zdravstvene probleme oziroma življenjske procese.

Negovalna diagnoza ima dva povezana pomena (26):

- negovalna diagnoza je *aktivnost*: proces analiziranja zbranih podatkov, ki nas privede do negovalne diagnoze;
- negovalna diagnoza je *oznaka*, ki opisuje pacientove odgovore na aktualne ali potencialne zdravstvene probleme.

Negovalna diagnoza je povezana z neodvisnim delovanjem medicinske sestre na področju zdravstvenega varstva, ki je edinstven za zdravstveno nego. V povezavi z medicinsko diagnozo so medicinske sestre obvezane k izpolnjevanju naročil zdravnika. Tako negovalna kot medicinska diagnoza sta postavljeni na podlagi podatkov. Negovalna diagnoza sloni na holističnih podatkih, medtem ko medicinska diagnoza sloni na podatkih, ki so značilni za neki organ ali bolezen. Medicinska diagnoza opisuje bolezen ali patologijo, negovalna diagnoza pa opisuje pacientov odgovor na zdravstveni problem (26).

Da bo medicinska sestra postavila pravilno negovalno diagnozo, mora biti sposobna narediti naslednje (26):

- zbrati primerne in preverljive podatke,
- analizirati in grupirati podatke,
- ločiti negovalne diagnoze od kolaborativnih problemov,
- pravilno oblikovati negovalne diagnoze,
- izbrati prednostne negovalne diagnoze.

2.1.7 Kakovost zaposlenih – komuniciranje in etika

Razumevanje procesa komunikacije med medicinsko sestro in pacientom omogoča šele poznavanje različnih teorij zdravstvene nege, ki zagotavljajo osnovo za profesionalno medsebojno komunikacijo v zdravstveni negi in zdravstvu. Osnovo za dobre medsebojne odnose predstavljata učinkovita besedna in nebesedna komunikacija, ki sta vselej rezultat prizadevanja medicinske sestre in pacienta (27).

V profesionalni komunikaciji mora medicinska sestra poleg znanja iz teorije zdravstvene nege poznati samo sebe. Razumevanje sebe in dialog s seboj je osnova za uspešno interakcijo z drugimi. Učenje in razmišljanje o samopodobi omogoča medicinski sestri večjo fleksibilnost in ustreznost v odgovorih na druge ljudi (28).

Etika

Zdravstvena nega in oskrba močno vplivata na zdravje in življenje ljudi. S tem izvajalci zdravstvene nege in oskrbe prevzemajo veliko odgovornost. Etična načela in pravila Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije so namenjena in obvezujejo vse, ki delujejo ali se izobražujejo na področju zdravstvene nege in oskrbe. Predstavljajo vodilo pri oblikovanju profesionalnih etičnih in moralnih stališč ter vrednot, podlago za etično odločanje, pomoč pri argumentiranju teh odločitev ter omogočajo etično refleksijo profesionalnega dela skozi deset načel (8).

Spoštovanje in razvijanje humanih vrednot poklica omogoča medicinski sestri osebno rast ter zadovoljstvo pri delu, je tudi zagovornica koristi pacienta in mu nudi fizično, psihično, socialno duhovno ter moralno podporo (29).

2.1.8 Kakovost organiziranja – triaža pacientov

Vloga zdravstvene nege je danes popolnoma drugačna, kot je bila včasih, nenehno se spreminja – nalaga si zahtevnejše ter samostojnejše naloge, išče nove načine dela in izpolnjuje organiziranost dela (30).

Triaža je proces, ki se v svetu pri obravnavi pacientov v ambulantni nujne medicinske pomoči pojavlja že dolgo. Kriterij za vrstni red obravnave ni ura prihoda, temveč

ogroženost pacienta. Namen triaže ni diagnosticiranje, ampak napotitev pravega pacienta na pravo mesto ob pravem času zaradi prave bolezni (31).

Vse do leta 2009 v slovenskih ambulantah nujne medicinske pomoči ni bilo urejenega sprejema in triaže pacientov. Pacient ob sprejemu ni bil triažiran. S tem se je povečala možnost za nepravočasno nudenje ustrezne nujne medicinske pomoči. Gre za nevarno vedenje, ki povečuje klinično tveganje pri pacientih. Leta 2010 se je na ministrstvu za zdravje Republike Slovenije oblikovala delovna skupina za pripravo izobraževanja in usposabljanja diplomiranih medicinskih sester/diplomiranih zdravstvenikov v sistemu nujne medicinske pomoči – triaže. Sprejeli so odločitev o potrebnosti enotne triaže v vseh slovenskih ambulantah nujne medicinske pomoči. Odločili so se za MST (manchestrski sistem triaže) kot zanesljiv način sprejema urgentnega pacienta (32).

V Splošni bolnišnici Izola (v nadaljnjem besedilu SBI) so izvedli izobraževanje triažiranja za medicinske sestre na urgenci, v skladu s tem pa tudi uvedli sistem triažiranja pacientov z letom 2014.

Brez triaže lahko pacienta uvrstimo v ustrezno kategorijo samo v primeru, ko je pacient življenjsko ogrožen (odsotnost dihanja, večje vidne krvavitve, nezavest itd.). V vseh drugih primerih pa je preveč odvisnih dejavnikov, ki vplivajo na naše odločanje pri triaži (utrujenost, znanje, izkušnje, izobrazba, diskriminacija itd.) in lahko povzročajo napake. Z uvedbo triažnega sistema izboljšamo proces sprejema pacientov, celotno obravnavo vseh čakajočih pacientov in razbremenimo zdravstveno osebje. Pri tem pa ostaja velika bojazen pomanjkljivosti tega sistema, ki bi se lahko kazala v preobremenjenosti triažne medicinske sestre, ki posledično nima dovolj časa za vzpostavitev kvalitetnega delovnega odnosa z vsakim posameznim pacientom (32).

Števila pacientov v ambulanti nujne medicinske pomoči ni možno vnaprej načrtovati, zato lahko postanejo razpoložljivi viri v določenem trenutku preobremenjeni, zaradi tega pa pride do velikega tveganja glede varnosti pacientov. Ambulante nujne medicinske pomoči po vsem svetu zato uporabljajo različne sisteme triažiranja za oceno ogroženosti pacientov in s tem določijo prednostno obravnavo (33).

2.1.9 Specifičnosti zdravstvene nege pacienta v urgentni dejavnosti

Nujna medicinska pomoč pomeni izvajanje nujnih ukrepov zdravnika in njegove ekipe pri osebi, ki je zaradi bolezni ali poškodbe neposredno življenjsko ogrožena, ali pri kateri bi glede na bolezenske znake v kratkem času lahko prišlo do takšne ogroženosti in obsega: storitve oživljanja, storitve, potrebne za ohranjanje življenjskih funkcij, za preprečitev hudega poslabšanja zdravstvenega stanja nenadno obolelih, poškodovanih in kronično bolnih (34).

Nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene storitve pa vključujejo (35):

- takojšnje zdravljenje po nujni medicinski pomoči, če je to potrebno;
- oskrbo ran, preprečitev nenadnih in usodnih poslabšanj kroničnih bolezni;
- zdravljenje zvinov in zlomov ter poškodb;
- zdravljenje zastrupitev;
- storitve za preprečevanje širjenja infekcij (septično stanje).

Zdolšek in Zupan (36) navajata, da razvoj urgentne medicine zahteva v zadnjih letih poleg sprotnega izobraževanja tudi visoko raven strokovnega znanja vseh, ki sodelujejo v obravnavi pacienta, tako se tudi od medicinske sestre zahteva visoko raven znanja, primerne moralno etične vrednote, sposobnost opazovanja, razumevanja pacienta, poznavanje diagnostičnih intervencij in smisel za timsko delo.

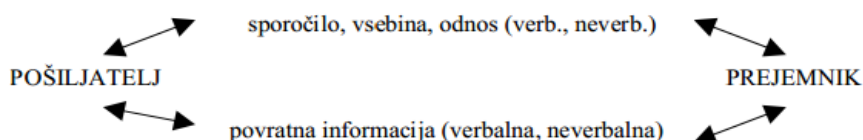
Fekonja (37) in Klemen (38) navajata, da se zadnja desetletja obremenjenost nujne medicinske pomoči po svetu povečuje. Pacienti vse bolj izkoriščajo prosto dostopnost do ambulate nujne medicinske pomoči in možnost hitrejši obravnave ter obsežnejše diagnostike. Velikokrat prihajajo s težavami, ki niso nujne ali trajajo dalj časa. Zaradi tega se večja obremenjenost in nezadovoljstvo zdravstvenega osebja, ki dela v teh ambulantah, povečuje pa se tudi čas čakanja na pregled ter s tem nezadovoljstvo pacientov. Prav tako Kersnik (39) navaja, da zaradi velikega števila pacientov, katerih obravnava ni nujna, prihaja do daljšega čakanja na obravnavo, s tem pa se razvije nestrpnost pacientov. Vse to negativno vpliva na zdravstveni tim, posledica pa je slaba komunikacija s pacienti v nadaljevanju obravnave (2).

Za paciente je zelo pomembno, da so v zdravstveno obravnavo sprejeti dostojanstveno ob upoštevanju njihove osebnosti. Od medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, babic ter drugih zaposlenih v zdravstvu pacienti pričakujejo, da bodo obravnavani na primeren način. Njihova pričakovanja so, da bodo obravnavani varno, zaposleni pa si bodo vzeli dovolj časa za njim razumljiv pogovor (40).

2.2 Komunikacija v zdravstvu

Beseda komunicirati izhaja iz latinske besede *communicare*, ki pomeni razpravljati, vprašati za nasvet, posvetovati se. Slovar slovenskega knjižnega jezika jo opredeljuje kot izmenjavati misli, informacije, sporazumevati se. Različni avtorji, ki so se ukvarjali s področjem komuniciranja, so jo poskušali opredeliti na svoj način (41).

Za uspešno komunikacijo je potrebna dvosmerna komunikacija (pošiljatelj in prejemnik sta enakovredna partnerja v pogovoru), ne enosmerna, ki nakazuje avtoritativnost in podrejen položaj sogovornika (Slika 3). Komunikacija je zapleten proces, brez katerega človeška družba ne bi obstajala in obratno, družba, ki ji pripada posameznik, na razne načine vpliva na komunikacijo posameznikov (41).



Slika 3: Potek dvosmerne komunikacije (41)

Osnovne komponente v procesu komuniciranja so (41):

- **oddajnik ali pošiljatelj** (oseba, ki sporočilo oblikuje in oddaja);
- **sprejemnik ali prejemnik** (oseba, ki sporočilo sprejme);
- **sporočilo** (vsebuje informacije, ki jih želi pošiljatelj prenesti prejemniku);
- **komunikacijski kanal** (pot, po kateri potuje sporočilo od pošiljatelja do prejemnika);
- **koda** (spremeni informacijo v obliko, v kateri se lahko prenaša po komunikacijskem kanalu);
- **šum** (vsaka motnja v procesu komuniciranja);
- **povratna informacija** (sporočilo, ki ga oddaja prejemnik informacije nazaj pošiljatelju in se nanaša na učinek informacije).

2.2.1 Načini komuniciranja

Ucman (41) navaja več načinov komuniciranja, in sicer:

- neposredno komuniciranje – o neposrednem komuniciranju govorimo, kadar med pošiljateljem in prejemnikom sporočila ni nobenega posrednika. To je pogovor dveh ali več oseb, ki se nahajajo skupaj.
- posredno komuniciranje – med pošiljateljem in prejemnikom obstajajo sporočila, komunikacijski kanal. Telefonski pogovor, dopisovanje, komuniciranje po elektronski pošti so načini posrednega komuniciranja.
- vsebinsko in odnosno komuniciranje – v medsebojnem komuniciranju se **vsebina** sporočil prenaša od pošiljatelja do prejemnika in obratno, z uporabo nebesedne komunikacije pa se definirajo tudi **odnosi** med sodelujočimi. Vsebinski vidik se nanaša na to, kaj je vsebina sporočila, odnosi pa določa, kako razumeti odnos med pošiljateljem in prejemnikom sporočila.
- zavedno in nezavedno komuniciranje – večinoma komuniciramo **zavestno** in z določenim namenom, vendar pa marsikatero sporočilo posredujemo **nezavedno**. Vsak človek je poleg zavednega tudi nezavedno bitje, nezavedno komuniciramo, kadar uporabljamo določene kretnje, izraze, ki jih slabo ali pa sploh ne nadzorujemo pa tudi z uporabo izgovorjenih in neizgovorjenih besed.
- enosmerno komuniciranje – pomeni, da poteka vpliv le v eni smeri, od pošiljatelja do prejemnika sporočila, ni pa povratne informacije. Enosmerne so vse vrste medijskih in masovnih komunikacij ter komunikacije v strogo hierarhičnih strukturah, kjer je potrebna hitra in učinkovita akcija (gasilci, reševalci).
- dvosmerno komuniciranje – pomeni, da posreduje prejemnik pošiljatelju povratne informacije. Oba reagirata, vplivata drug na drugega, se dopolnjujeta in usklajujeta.
- besedno komuniciranje – pri tem uporabljamo za prenos sporočil besede, ki so sestavni del jezika. Dejstvo je, da razmišljamo hitreje, kot govorimo, zato govor ne more slediti hitrosti misli. Zavedati se moramo, da pomen besed ni vedno enoznačen. Ena beseda ima lahko več različnih pomenov (npr. beseda cvek), prav tako imajo različne besede lahko enak pomen (npr. luna in mesec). Zato lahko tudi pri besednem komuniciranju prihaja do nesporazumov zaradi posploševanja in različnega pomena, ki ga ima beseda za posameznika.

Besedno komuniciranje je lahko (41):

- govorno ali ustno (kadar komuniciramo neposredno ali prek telefona),
- pisno (kadar za prenos besed uporabljamo pisavo, npr. pisma, elektronska sredstva, tisk).

Govorno in pisno komuniciranje ima svoje prednosti in pomanjkljivosti. Kot je razvidno iz preglednice 1, so prednosti govornega komuniciranja hkrati pomanjkljivosti pisnega in obratno (41).

- nebesedno komuniciranje – nebesedno komuniciranje pomeni komuniciranje z nebesednimi sredstvi, kot so mimika, geste, gibanje v prostoru, zavzemanje različnih položajev v njem, dotik, vonj in zvočna podoba govora. Je prva oblika komuniciranja in je stara toliko kot človeštvo. Pri sprejemanju nebesednih sporočil uporabljamo več zaznavnih načinov (vid, sluh, tip, vonj), zato je sporočanje bolj učinkovito. Vtis, ki ga naredimo, je v največji meri določen z govorico telesa (55 %), nato z glasom (38 %) in šele nato s pomenom besed (7 %) (41).

Preglednica 1: Prednosti in pomanjkljivosti govornega in pisnega komuniciranja (41)

	GOVORNO KOMUNICIRANJE	PISNO KOMUNICIRANJE
PREDNOSTI	– hitrejše, – vključena tudi nebesedna komunikacija, – takojšnja povratna informacija, – večja zasebnost sporočanja.	– je dokumentirano, – ima dokazno vrednost, – večja natančnost sporočanja.
POMANJKLJIVOSTI	– ni dokumentirano, – manjša dokazna vrednost, – manjša natančnost sporočanja.	– počasnejše, – ne vključuje nebesednih sporočil, – ni takojšnje povratne Informacije.

Besedna in nebesedna komunikacija sta večinoma pogojeni s človekovo kulturno in duhovno orientacijo. Medtem ko je koherentna in jasna besedna komunikacija enostavno

razumljiva in sprejeta, pa je nebesedna komunikacija razumljiva le v primeru, da so ljudje dovolj senzitivni in intelektualno radovedni, saj jim to omogoča dojetje, sprejemanje in pozitivno odzivanje na specifično kulturno in čustveno izražanje s strani soljudi (27).

Kot človeška bitja smo vsi podvrženi presojam, ki so pristranske in motijo našo interpretacijo pacientovega razkrivanja. Glavne ovire, ki so v napoto pri poslušanju, so naslednje: lastne misli, občutki, vrednote, prepričanja, stališča, predsodki, notranji konflikti, stvari, ki jih maramo in stvari, ki jih ne maramo, mnenja in ideje, zaznave in zaključki, pretekle izkušnje in spomini, predpostavke, interpretacije oziroma razlage, posameznikova moralnost ter zmožnost diferenciacije in diskriminacije (42).

V komunikacijskem procesu ne moremo mimo fizioloških sprememb in potreb, ki jih prinašajo bolezni, starost, tudi umiranje in ki lahko predstavljajo resno oviro za uspešen pogovor: težje daljše sedenje ali ležanje v enem položaju, motnje sluha, govora, vida in čutil nasploh, pozabljivost, demenca, težave z inkontinenco, tremor itd. Treba je pomisliti tudi na bolečino, strah ali zaskrbljenost zaradi zdravstvenega stanja, diagnoze, prognoze, hitrejšo utrujenost zaradi intenzivnega govorjenja ali poslušanja, nesposobnost koncentracije. Zlasti hudo bolni ali umirajoči se večkrat radi tudi sami želijo počivati, moliti, meditirati (43).

V zdravstvenih organizacijah ni dejavnosti, ki bi lahko potekala brez sporazumevanja. Zdravstveni delavci komunicirajo zato, da bi obveščali sodelavce in druge, da bi pridobivali koristne informacije, in predvsem zato, da bi v odnosu do pacientov dajali in pridobivali informacije, medsebojno izmenjavali podatke in mnenja, vzdrževali stike, reševali tekoče in potencialne probleme in nanje tudi vplivali (44).

2.2.2 Osnovna pravila komunikacije

Pravila komuniciranja obsegajo: jasno opredeljen cilj, jasno in razumljivo sporočilo, razumevanje osebe, ki ji je sporočilo namenjeno, razumevanje lastnega ravnanja med komuniciranjem. Da pa bi se znali poslušati in pogovarjati in da bi v tem uživali, pogledjmo nekaj osnovnih pravil, ki jih moramo upoštevati, ko navezujemo stik z drugo osebo (45):

- svojemu sogovorniku glejmo vselej v oči;

- med razgovorom se ne ukvarjajmo z ničemer drugim, ne vstajajmo od mize, ne obračajmo se in ne oddaljujmo se od sogovornika;
- ne segajmo mu po nepotrebem v besedo; dovolimo, da izrazi svoje misli in občutja;
- naša vprašanja naj bodo kratka, razumljiva, taktna in spodbudna;
- njegove odgovore sprejmimo z nedoločnim potrjevanjem (»Tako vi mislite in čutite. Upoštevam vas takšnega, kot ste. Izhajam iz vašega položaja. Dopuščam vašo razlago. Jemljem vas resno.«);
- vzdržimo se kakršnihkoli očitkov ali moralnih sodb! Ne postavljajmo se nad človeka!;
- na morebitno agresivnost ne odgovarjajte z agresijo, ker se tako zmanjša možnost za konstruktiven razgovor!;
- morebitna nestrinjanja usmerite na njegova stališča, nikakor pa jih ne usmerite proti njemu kot osebi;
- ustvarite vzdušje iskrenosti in medsebojnega zaupanja, navzočnost »tretjih« oseb zato v stiku dveh ni zaželeno, prav tako ne vmesni telefonski pogovori;
- naša neinformiranost o predmetu pogovora, predsodki, prezgodnje zaključevanje, prehitre ali celo dokončne sodbe onemogočajo rešitev težav. Pustimo vse možnosti odprte, vživimo se v tuj položaj in pri iskanju rešitev ne vztrajajmo trmasto pri svojem mnenju.

2.2.3 Komunikacija in zdravstvena nega

V komunikaciji s pacienti je treba biti pozoren in se izogibati nekaterim pogostim motnjam. Te lahko nastopajo tako na strani oddajnika kot sprejemnika, pri čemer medicinska sestra in pacient nastopata v obeh vlogah. Najpogostejše motnje v komunikaciji so prikazane v preglednici 2 (46).

Preglednica 2: Motnje pri komunikaciji (46)

MOTNJE PRI ODDAJNIKU	
Medicinska sestra	Pacient
<ul style="list-style-type: none">– narobe razumljena navodila,– lastna negotovost,– strah pred vprašanji pacienta,– brezbrižnost,– podcenjevanje pomena informacij za pacienta,– napačne predstave (saj ne razume),– neurejeno in nejasno govorjenje,– pomanjkanje stikov,– časovni pritisk.	<ul style="list-style-type: none">– nezmožnost, da bi se izrazil,– skrite izjave,– strah pred odgovarjanjem,– strah pred avtoriteto,– napačno pričakovanje,– sram,– občutki krivde,– občutki dolžnosti,– depresija,– agresija.
MOTNJE PRI SPREJEMNIKU	
Medicinska sestra	Pacient
<ul style="list-style-type: none">– brezbrižnost,– pomanjkanje časa,– neustrezen odnos,– stereotipni odgovori,– neodkritost,– neustrezno odzivanje,– jemanje poguma s kretnjami in mimiko.	<ul style="list-style-type: none">– okvara sluha;– duhovna pasivnost;– emocionalni položaj (upanje, strah, jeza);– pomanjkanje pozornosti;– neprijetno okolje (hrup);– neposlušnost;– napačne predstave;– strah pred spraševanjem.

Filipič (46) navaja, da so raven, način in obseg komuniciranja v procesu zdravstvene nege odvisni od vseh udeležencev. Za kulturo odnosov med medicinsko sestro in pacienti ni dovolj le hotenje, potrebna sta tudi znanje in prilagodljivost. V odnosu zdrav človek-bolan človek se mora prilagajati medicinska sestra. To velja za vedenje pri komunikaciji, način govora, obseg informacij in uporabo posameznih sredstev. Nekatere raziskave na primer kažejo, da pacienti ne razumejo celo 50 % tistega, kar jim zdravstveni delavci pripovedujejo. Zaradi vedno večje časovne stiske in uporabe aparatur so osebni stiki omejeni na minimalni čas, kar še bolj bremeni odnose v zdravstvu.

Sodobno znanstveno medicino večkratno prizadeva zanemarjanje pomena komunikacije in komunikacijskih motenj, ki so posledica tega. Po eni strani ima medicina vedno več opravka z raznovrstnimi psihosomatskimi problemi, ki so posledica komunikacijskih motenj v družbi, hkrati pa nanje ni sposobna niti približno ustrezno reagirati. Negovalno komuniciranje ni samo dodatek k medicinskemu znanju, ki naredi zdravstvenega delavca bolj razumevajočega, ampak je spretnost, ki ga naredi bolj učinkovitega. Komuniciranje je absolutni pogoj za dober vpogled v zgodovino bolezenskega stanja. Je tudi ključ za verodostojnost zdravstvenega delavca in za to, da pacient sprejme nasvete zdravstvenega osebja in se po njih ravna (47).

Za uspešno komunikacijo v negovalnih timih je potrebno usposabljanje, da vsak prepozna svoje lastnosti, priložnosti, sposobnosti, prednosti in pomanjkljivosti, saj je pomemben vložek vsakega posameznika in vloga skupine kot celote. Potrebne so vaje za lasten razvoj, trening komunikacijskih spretnosti in tehnik ter krepitev osebnostnih lastnosti, s katerimi se zaposleni v zdravstveni negi lahko uspešno spoprijemajo s stresom in občutkom izgorevanja na delovnem mestu (48).

2.2.4 Komunikacija v urgentnih stanjih

Na urgentnih oddelkih se vsakodnevno obravnava različno veliko število pacientov, ki iščejo pomoč zaradi nenadnega obolenja ali poškodbe ali poslabšanja kroničnih bolezni. Kljub dejstvu, da je preventiva boljša kot kurativa, na urgentnih oddelkih nasilnega vedenja s strani pacientov ni mogoče vedno preprečiti, saj do pojava nasilnega vedenja privedejo zelo različni vzroki in okoliščine (49):

- čustveni odzivi pacientov, spremljevalcev na spremenjeno zdravstveno stanje in novo okolje (strah, tesnoba, bolečina, zmedenost, izguba samokontrole, stresa), ki se lahko manifestirajo z nasilnim vedenjem;
- zdravstveno stanje pacientov (pacienti z moteno zavestjo – npr. akutno zastrupljeni, dementni pacienti, pacienti z metabolnimi motnjami, s hipoksijo, z motnjami zaznavanja, pacienti pod vplivom alkohola, drog, psihično spremenjeni, zmedeni, delirantni, zamračeni in agitirani pacienti).

Pacienti so zaradi zdravstvenega stanja nekritični do situacije, svojih dejanj in se v polnosti ne zavedajo. Ko želimo pri pacientu izvesti določen poseg ali zagotoviti varnost (npr. odvzem krvi ali npr. pacient želi vstajati, skušamo ga zaustaviti, da preprečimo padec), naletimo na upiranje, nasprotovanje, odpor, napadalnost. Vzroki za to so lahko (49):

- pomanjkanje informacij, pojasnil, dolgo čakanje, neprimerna, šibka komunikacija z zdravstvenim osebjem so pogosto vzrok nezadovoljstva, pritožb, žaljivk, jeze, razočaranja. Slabo razumevanje čustvenega stanja s strani osebja, je lahko vzrok za konflikt. Tudi pri sorodnikih ali spremljevalcih pacientov lahko naletimo na jezo, razdraženost zaradi neprilagojene, neprimerne reakcije na stres ob nenadni bolezni ali izgubi, nerealističnih pričakovanj glede na možnosti sistema, nerazumevanje situacije ali motnje v komunikaciji, nepričakovane zamude, razumljiva reakcija ob napaki pri oskrbi;
- faktorji okolja: neprimerne, natrpane čakalnice, neudobni sedeži, nedostopnost uslug (sanitarije, pijača, prigrizki, telefon itd.) so lahko sprožilni vzrok za agresivno vedenje;
- v anamnezi napadalno vedenje.

Treba je analizirati dejavnike, ki vplivajo na pojav agresije in vzpostaviti ustrezno komunikacijo. Skozi dobro komunikacijo mora medicinska sestra ugotoviti pacientovo čustveno stanje in pri tem upoštevati vsakega posameznika posebej (49).

Mlakar in Lešnik (50) navajata, da vsak posameznik vnaša v proces komunikacije iste elemente (telo, čutila, sposobnost za govor, možgane itd.). Ob poškodbi pa se ljudje odzivajo različno. Poškodovanec lahko že ob vstopu v bolnišnico kaže svojo agresijo, ki je lahko posledica poškodbe ali osnovnega obolenja. Na to nas večinoma opozori že številčnost njegovega spremstva. Takšen poškodovanec se mogoče čuti ogroženega, je napet in nezaupljiv, ker ne ve, kaj ga čaka. Pri sprejemu poškodovanca ali pacienta v urgentno ambulantno si moramo prizadevati, da čim prej dosežemo njegovo zaupanje in sodelovanje. Naše lastno vedenje je v procesu komunikacije zelo pomembno. Koristen je miren pristop, saj bi z napetim ali nepremišljenim ravnanjem še povečali pacientov strah, tesnobo ali agresijo. Specifična znanja o čustvovanju in odzivanju pacienta na eni strani ter zrela, pozitivna osebnost medicinske sestre na drugi sta temeljni pogoj za dobro

komunikacijo. Zato pa ni dovolj le hotenje, potrebno je tudi znanje, za kar se moramo tudi redno usposablјati (50).

Verbalna komunikacija s pacientom

V urgentnih stanjih medicinska sestra pri vzpostavljanju verbalne komunikacije s pacientom upošteva naslednje (49):

- na miren, zaupljiv način skušati pridobiti posameznika v pogovor;
- pozorno poslušanje v varnem okolju, brez publike, na dosegu pomoč;
- glas medicinske sestre naj bo miren, normalna jakost in višina tona, govorimo počasi, umirjeno, prepričljivo;
- pri agresivnih pacientih pod vplivom alkohola ali drog je potrebno večkratno ponavljanje sporočil »naredimo skupaj« je priporočljiva fraza;
- uporaba taktike zavlačevanja, da se oseba umiri (npr. ponudimo kozarec vode);
- negativni stavki, grožnje s strani medicinske sestre še povečajo nasilno razpoloženje;
- medicinska sestra naj pozorno posluša pritožbe, skuša ponuditi razlago;
- medicinska sestra naj odgovarja mirno, vljudno, jasno, odločno na vse oblike izražene jeze in nezadovoljstva. Govorimo preprosto in počasi, ne uporabljamo strokovnih izrazov;
- medicinska sestra poskuša ostati objektivna, nepristranska, profesionalna, spoštljiva, ne dajati napačnih izjav ali obljub, ki jih ne moremo izpolniti;
- medicinske sestre naj ne bo strah opravičiti se ali izraziti obžalovanja, da so svojci vznemirjeni;
- medicinska sestra se nikoli ne približa agresivnemu pacientu sama brez podpore;
- medicinska sestra naj upošteva varnostno razdaljo do pacienta, da se lahko po potrebi umakne;
- škarje, verižice, kravate, stetoskopi lahko postanejo orožje, naperjeno proti osebju;
- medicinska sestra naj zna sprejeti kritiko kot pozitivno, na pozitiven način.

Neverbalna komunikacija s pacientom

Pri neverbalni komunikaciji upoštevamo (49):

- sproščeno držo, nesklenjene roke, pozoren izraz;
- stojimo tako, da izhod ni blokiran;
- osebi zagotovimo dovolj zasebnega prostora;
- direktni očesni kontakt je lahko provokativen, priporoča se pozornost usmeriti nižje od obraza, ne obračamo hrbta proti pacientu.

2.2.5 Komunikacija v okviru rednega specialističnega dela

Komunikacija je odločilna dejavnost medicinske sestre, potrebna za vzpostavitev stika s sodelavci in pacienti. Učiti in naučiti se moramo profesionalne komunikacije, da lahko dosegamo uspešne rezultate pri svojem delu. Poznati je potrebno tako besedno kot nebesedno komuniciranje (51).

Dobra komunikacijska spretnost ni samo dodatek k medicinskemu znanju, ki naredi zdravstvenega delavca bolj razumevajočega, ampak je spretnost, ki ga naredi bolj učinkovitega. Če želimo, da je komunikacija s pacienti učinkovita, morajo zdravstveni delavci upoštevati naslednje smernice: uporaba preprostih besednih zvez za komuniciranje, najpomembnejša navodila in nasvete je potrebno povedati na začetku pogovora s pacientom in jih nato večkrat, predvsem pa na koncu ponoviti, preveriti pred pacientovim odhodom, če si je zapolnil navodila in nasvete, ki jih je dobil, uporaba pisnih navodil z informacijami o boleznih in poteku zdravljenja (44).

Komunikacija v okviru rednega specialističnega dela se bistveno ne razlikuje od komunikacije v urgentni dejavnosti. Tukaj je razlika v tem, da pacienti niso tako prestrašeni in posledično manj agresivni, ker jim je bila že postavljena diagnoza in so prišli na kontrolni pregled. Seveda pa mora medicinska sestra biti zmožna poslušati, spoštovati pacienta, opazovati besedno in nebesedno izražanje, ne samo slišati, temveč tudi občutiti, odkriti občutke, želje in potrebe pacienta, preveriti, kako je pacient dojel naša sporočila, se ne prenašljivo odzivati ali povzdigovati glasu, se bati reševanja skupnih problemov, dopuščati stališča, drugačnih od naših, ne govoriti zviška, se opravičiti in prejeti sporočilo.

2.3 Etika v zdravstvu

Etična občutljivost profesionalca in njegova sposobnost razmišljanja o moralnih kategorijah je pomemben vidik etike in vključuje prepoznavanje etičnih problemov, ki zadevajo dobro počutje pacientov (52).

2.3.1 Vrednote

Vrednota je individualno pojmovanje transsituacijskega cilja, ki izraža interese, povezane z motivacijsko domeno in ga ocenjujemo v stopnjah pomembnosti kot vodilno načelo v svojem življenju (53).

Musek (54) navaja, da je od davnine človeštvo gojilo prepričanja, da obstajajo pojavi in stvari, ki imajo vrednostni značaj in da gre za stvari, za katere imamo občutek, da jih je treba vrednotiti, da nam morajo biti dragocene.

Če bi spraševali ljudi, kaj je vrednota, bi ugotovili, da navajajo v glavnem dve vrsti stvari. Eno so stvari, ki vzbujajo zadovoljstvo, drugo pa stvari, ki ustrezajo splošnim normam. Človek je vrednostno bitje in enako se je dogajalo gotovo že v oddaljeni preteklosti (54). Musek (53) pa navaja, da si vrednote lahko zamišljamo kot generalna pojmovanja in prepričanja o pojavih, h katerim si prizadevamo in ki nam predstavljajo neke vrste cilje oziroma ideale.

Vsi ljudje cenimo in vrednotimo različne stvari: predmete, dejavnosti, osebe itd. Različni pojavi imajo za nas različno vrednost, privlačnost, so bolj ali manj zaželeni. To velja za čisto konkretne stvari, velja pa tudi za abstraktne kategorije, kot so svoboda, enakost, pravica, napredek, dobrota, resnica, zdravje. Pojmom, ki se nanašajo na stvari in kategorije, ki jih visoko vrednotimo in h katerim si prizadevamo, pravimo vrednote (54).

Mohar in Fink (55) navajata, da k razvoju osebnosti in k etični drži največ prispevajo naslednji vzgojni dejavniki: družina, različne ustanove (vrtec, šola, cerkev), ter širše družbeno okolje in dogajanje. Vloga družine je med temi najpomembnejša. Pomembno vlogo pa ima tudi šola, ki lahko veliko prispeva k osebni rasti in etični drži posameznika.

Med vprašanja, ki človeka najbolj vznemirjajo, gotovo sodi moralno vprašanje. Zastavljamo si ga vsakokrat, ko se vprašamo: Kaj moram narediti, kaj je prav in kaj je moja dolžnost? So pa trenutki, ko postane to spraševanje še posebno dramatično. To je tedaj, ko gre za velike in usodne izbire, ko so morda na tehtnici celo človeška življenja (6).

Etično odločanje zahteva precejšnjo senzibilnost za etična vprašanja, poznavanje etičnih vidikov in sposobnost prepoznavanja možnosti, ki lahko vplivajo na etično odločitev. Manj kot nam je problem znan in čim težja je odločitev, tem bolj je pomembno, da v diskusijo o problemu ali obstoječi dilemi vključujemo tudi druge (56).

Etično ravnanje in etično odločanje je odvisno od etične drže posameznika, njegovega znanja, možnosti izbire ali moči avtoritete. Posameznik se v okviru neke situacije odloča v skladu z etičnimi standardi. Vprašanja, ki se pojavita pri tem, sta: na čem temeljijo naši etični standardi in kako bomo te standarde uporabili v situaciji, s katero se soočamo. Pri iskanju odgovorov na ti dve vprašanji si lahko pomagamo s standardi, ki jih ponujajo različne filozofske in etične usmeritve (teološka, deontološka in druge) (56).

Človek je nepopolno, relativno bitje tudi na etičnem področju. Ima meje. Z ene strani ga omejuje tisto, česar ne more, z druge pa tisto, česar ne sme (57).

2.3.2 Etika v zdravstveni negi

Zdravstvena nega je v svetu mlada zdravstvena disciplina, ki se v različnih okoljih uveljavlja počasneje ali hitreje. Kot celovita dejavnost se ukvarja s posameznikom, družino in skupnostjo v njihovih razvejanih funkcijah, v času zdravja in bolezni ter traja od spočetja do smrti. Profesionalna etika je v zdravstveni negi zavzeto proučevana in se postopno razvija (58).

Pri zagotavljanju kakovostne zdravstvene nege lahko medicinske sestre naletijo na probleme, ki jih načela in predpisi niso predvideli v njihovi posebni obliki. V takšnih življenjskih situacijah je še posebno pomembno, da so medicinske sestre zrele, etično orientirane osebnosti, saj posledice odločitve vzbujajo občutek in zavest odgovornosti zanje, pa naj je ravnanje v skladu ali v nasprotju z vestjo in prepričanjem, kakršnega je imela v trenutku, ko se je odločala (52).

Etiko v zdravstveni negi pomembno zaznamuje profesionalna vloga medicinskih sester – skrb za pacienta. Skrb ne sme biti neosebna, načelna. Skrb zahteva povezovanje s pacientom, razumevanje njegovih potreb in doživljanj in individualno ukrepanje. Zato je v zdravstveni negi potreben drugačen način moralnega razmišljanja (59).

2.3.3 Etična načela v zdravstveni negi

Etika je zelo pogosto uporabljana beseda, povezana s pravili, ki vplivajo na naše vedenje. Vemo, da je etično vedenje zaželeno in pričakovano in tudi imamo neko predstavo o tem, kaj je etično in kaj ne v nekem okolju, vendar se pogosto znajdemo v situaciji, ko ne vemo, kako bi se odločili (56).

Načini uporabe etičnih načel in pravil v zdravstveni negi se lahko med različnimi kulturami zelo razlikujejo, kljub temu da je spoznanje o pomembnosti posameznih etičnih načel čedalje širše sprejeto. V profesionalno vedenje v zdravstveni negi, vodijo naslednja najpogostejša etična načela (60):

- dobronamernost (večja skrb za zdravje, omiliti trpljenje);
- pravičnost (dostopnost do storitev);
- avtonomija (svobodna izbira odločanja, informiranost);
- resnicoljubnost;
- zvestoba (držati obljubo, zaupanje medicinske sestre in pacienta).

Prvo temeljno in najpomembnejše načelo etike v zdravstvu je **načelo dobronamernosti** oziroma koristi pacienta. Predstavlja zahtevo, da vsi zdravstveni delavci vedno delujemo v korist pacienta, da prispevamo k zdravju, dobremu počutju in zmanjševanju trpljenja (61).

Načelo pravičnosti in enakosti zahteva pravično porazdelitev omejenih virov (kadrovskih, materialnih, prostorskih) ter odsotnost vsake diskriminacije ljudi glede na spol, starost, raso, nacionalnost, politično ali versko prepričanje, socialni položaj, zdravstveno stanje, izobrazbo in podobno (61).

Etično načelo spoštovanja **avtonomije** razumemo kot spoštovanje pravice posameznika, da odloča o sebi. Da lahko govorimo o resnični avtonomiji posameznika, morajo biti

izpolnjeni naslednji pogoji: dostopnost informacije, razumevanje informacije, sprejetje informacije, sposobnost za razumen razmislek o izbiri, odsotnost pritiskov pri izbiri in zmožnost izpeljave odločitve. Z odločitvijo, da bomo spoštovali načelo avtonomije posameznika, si naložimo vrsto dolžnosti. Poskrbeli bomo, da bo primerna informacija kot podlaga odločitve osebi dostopna, oseba naj jo razume in sprejme ter razume posledice posameznih možnih odločitev (62).

Etično odločanje v zdravstveni negi

Sposobnost etičnega odločanja je bistvenega pomena za moralno odličnost v profesionalni zdravstveni negi. Zato so etične vsebine sestavni del izobraževanja medicinskih sester. Skozi izobraževanje naj bi razvili moralno vizijo in predstavo, moralno intuicijo in spretnost kritičnega razmišljanja. Glavni namen poučevanja etičnih vsebin je pripraviti moralno osveščene, dobro izobražene, odgovorne in občutljive medicinske sestre, ki bodo sposobne sprejemati etične odločitve pri svojem delu. Skozi učni proces se morajo naučiti povezovati svoje osebne vrednote in prepričanja z znanjem o etičnih konceptih, etičnih pristopih in etičnih standardih, ki tvorijo osnovo za etično odločanje (56).

Modeli etičnega odločanja ne zagotavljajo popolne formule za pravilno odločanje v vsaki situaciji. Zavedati se moramo, da vsaka medicinska sestra s seboj prinaša lastno poznavanje etičnih vrednot, svoje življenjske izkušnje, spoznavne sposobnosti, moralno občutljivost, sposobnost sklepanja in osebno moralno motiviranost za dosego etične odločitve in njeno uresničenje (56).

Zavedati se moramo, da je večina etičnih problemov, s katerimi se soočajo medicinske sestre, pomembnih, ne pa tudi kompleksnih. So situacije, ko gre za konflikt vrednot v dejansko rutinski negovalni situaciji (56).

2.3.4 Etične dileme v urgentnih situacijah

Zdravstvena nega je zelo kompleksna in zajema mnoga interdisciplinarna področja, ki so se v zadnjem obdobju začela deliti na posamezne substroke, ki so med seboj tesno povezane. Enotno vsem pa je, da so usmerjene k zdravstveno negovalni obravnavi bolnih in poškodovanih kakor tudi družbi kot celoti (4).

V želji po kakovostni oskrbi pacienta, ki potrebuje nujno medicinsko pomoč, velikokrat hote ali nehote pozabimo na nekatera etična načela, po katerih bi morali obravnavati pacienta. Zanimarimo ga kot človeka in ga upoštevamo samo kot medicinski problem. Zavedati se moramo, da etično ravnamo ne le takrat, kadar imamo čas, ampak se ravnamo po principih etičnih načel tudi v najbolj nujnih situacijah. Tako pogosto pozabljamo na zagotovitev intimnosti pacienta, premalokrat vprašamo za dovoljenje za poseg ali postopek. Seveda je v urgentnih situacijah zelo težko upoštevati etična načela, preprosto zato, ker nimaš časa za razmišljanje zaradi obsega dela. Pa vendar kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije nam daje jasna navodila za etično obnašanje do pacienta. Po teh načelih se moramo obnašati tudi na urgenci (4).

2.4 Zadovoljstvo pacientov v zdravstvu

Izvor besede zadovoljstvo ali *satisfaction* gre iskati v latinskem *satis*, ki pomeni »dovolj«, in *facere*, ki pomeni »narediti ali izdelati« (63).

Zadovoljstvo je kot mnoge psihološke koncepte, lahko razumeti in težko definirati. Povezano je s pacientovimi prejšnjimi izkušnjami v zvezi z zdravstvom in njegovimi pričakovanji, ki jih oblikuje glede na to, kar sliši o določeni zdravstveni organizaciji. Pričakovanja lahko torej poleg svojih izkušenj oblikuje v pogovorih s sorodniki in prijatelji, ob pomoči medijev in interneta. Tudi Gazvoda (64) navaja, da je zadovoljstvo izraženo pacientovo dojemanje lastne izkušnje z zdravstveno oskrbo. Zadovoljstvo pacientov je njihovo pozitivno vrednotenje različnih dimenzij zdravstvenih storitev (65).

Zadovoljstvo je pomemben izid oskrbe, kajti vedno se zrcali v luči končnega izida oskrbe, kot je spremenjeno zdravstveno stanje ali bolj neposredni izidi, kot so napotitev, recept, posamezni poseg ali občutne škodljivosti (66).

2.4.1 Instrumenti merjenja zadovoljstva

Zadovoljstvo lahko merimo (1):

- Neposredno po oskrbi
 - s prostim pogovorom,
 - z vprašalnikom, ki ga izpolni na mestu in takoj odda.
- Časovno odmaknjeno od oskrbe (po oskrbi – v določenem časovnem roku, s terenskim delavcem, ki pacienta intervjuja bodisi v čakalnici bodisi doma, z elektronskim medijem)
 - z vprašalnikom, ki ga odnese s seboj in vrne po pošti;
 - z vprašalnikom, ki ga prejme po pošti;
 - z intervjujem po telefonu;
 - v fokusni skupini.

Rezultati raziskav zadovoljstva lahko služijo oceni kakovosti oskrbe, prikažejo enega izmed izidov oskrbe in kažejo na področja, kjer so potrebne spremembe (1).

Pomembna pomanjkljivost vprašalnikov je, da so razviti praviloma v določenem okolju in odslikavajo lastnosti določenega sistema zdravstvenega varstva, zato so primerjave med državami zelo otežene. To je še posebej pomembno za merjenje zadovoljstva, ki odslikava subtilne kulturne in jezikovne posebnosti, ki jih uporaba vprašalnika, oblikovanega v določenem kulturnem okolju in prevedenem v drug jezik, ne more zajeti v celoti. Da bi zagotovili čim bolj zanesljive primerjave, je pomembno, da so uporabljeni instrumenti za merjenje zadovoljstva čim bolj skladni. Zato se je skupina raziskovalcev iz več evropskih držav v okviru projekta EUROPEP lotila oblikovanja vprašalnika o zadovoljstvu pacientov, ki povzema pričakovanja pacientov v družinski medicini ne glede na sistem zdravstvenega varstva in na podlagi katerega bo mogoče zanesljiveje izmeriti zadovoljstvo pacientov (1, 67, 68, 38).

Pomen človekovih pravic

Področje človekovih pravic in zdravja šteje med osnovne pogoje za doseganje kakovosti življenja. Pravice pacientov naj bi zagotavljale pacientu položaj subjekta v postopku zdravljenja, v katerem bo ta v partnerstvu sodeloval o svoji bolezni, poteku in načinu zdravljenja. Osnovna pravica pacientov je taka zdravstvena oskrba, ki zagotovi pacientovo samospoštovanje in spoštuje njegove kulturne, psihosocialne in duhovne vrednote (69).

Pacientove pravice pripadajo človeku v specifičnem stanju bolezni (zdravja) in so nadgradnja medčloveških odnosov med pacientom, medicinsko sestro in zdravnikom (70).

Tako zakon o pacientovih pravicah (ZPacP) veleva naslednje (71):

- pacient ima pravico do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe v skladu z medicinsko doktrino;
- primerna zdravstvena oskrba je tista, ki je skladna s pacientovimi potrebami ter zmožnostmi zdravstvenega sistema v Republiki Sloveniji in temelji na enostavnih, preglednih in prijaznih administrativnih postopkih ter vzpostavlja s pacientom odnos sodelovanja in zaupanja;
- kakovostna zdravstvena oskrba je tista, ki dosledno dosega izide zdravljenja, ki so primerljivi s standardi ali najboljšimi praksami, ob upoštevanju temeljnih načel

kakovosti, kot so uspešnost, varnost, pravočasnost, kontinuiteta, učinkovitost, enakopravnost in osredotočenje na pacienta;

- varna zdravstvena oskrba je tista, ki preprečuje škodo za pacienta v zvezi s samim zdravljenjem in v zvezi z okoliščinami fizične varnosti bivanja ali zadrževanja pri izvajalcu zdravstvenih storitev.

2.4.2 Zadovoljstvo pacientov z zdravstveno oskrbo

Zadovoljstvo pacientov je pomemben izid zdravstvene oskrbe ter prikazuje predvsem kakovost sporazumevanja, medosebnih odnosov in organizacije dela. Stališče pacientov o lastnih izkušnjah z zdravstveno oskrbo je zato dragocen prispevek pri oceni kakovosti dela in odkrivanju tistih področij dela, ki zahtevajo izboljšave. Zadovoljstvo lahko uporabljamo kot enega izmed kazalcev kakovosti dela (67). Tudi Coulter (72) navaja, da je zadovoljstvo pomemben (družbeni) izid oskrbe in kaže, do kakšne mere so bile uresničene želje in potrebe pacientov.

Newsome (73) navaja, da je ena od teorij, ki poskuša razložiti zadovoljstvo pacienta, teorija (ne)potrditve. Po tej teoriji imajo pomembno vlogo pričakovanja, saj predpostavlja, da pacient primerja zaznavanje storitve s svojimi pričakovanji, ki jih je oblikoval pred izvedbo storitve. Če so pacientova pričakovanja nizka in jih zaznana kakovost storitev preseže, je rezultat zadovoljstvo pacienta. Če pa so pacientova pričakovanja visoka, mora biti raven kakovosti storitev zelo visoka, da jih preseže, drugače je pacient nezadovoljen.

Vpliv medijev

Množični mediji, med katere štejemo radio, televizijo, časopise, revije in internet, še nikoli v zgodovini niso imeli tolikšnega vpliva, kot ga imajo zdaj. Brez njih si življenja pravzaprav ne znamo več predstavljati. Služijo kot vir informacij, so vsakodnevni izobraževalni pripomočki, so vir zabave, lahko bi rekli, da so neke vrste nova veja oblasti (74).

Vse vplive medijev na sodobno družbo lahko delimo na pozitivne in negativne. Eden najbolj negativnih vplivov je verjetno ta, da mediji ustvarjajo iluzijo bližine, odnosa,

varnosti in topline, ustvarjajo občutek, da nismo sami in osamljeni. Mediji silijo ljudi k posnemanju in jim sugerirajo svoja mnenja. Zaradi pogoste izpostavljenosti informacijam začnemo ljudje dojemati medijsko resničnost kot dejansko resničnost in odsev dogajanja v družbi. Mediji vplivajo na navade, prepričanja in sodbe ljudi (74).

Seveda niso vsi vplivi medijev negativni. Mediji nam nudijo tudi vse še kako pomembne informacije. S hitrimi informacijami nam omogočajo tudi pridobivanje znanja, ki nam omogoča lažje delovanje. Zaradi medijev je z nami precej težje manipulirati, saj imamo informacije o mnogih aktualnih problemih. Vsi ti vplivi so lahko majhni in jih komaj zaznamo, vendar so še kako pomembni v našem vsakdanjem življenju (74).

2.4.3 Vpliv osebnih lastnosti pacienta na zadovoljstvo

Človeška osebnost je nekaj posebnega, izvirnega in samosvojega v človeku, zaradi nje postane človek enkraten. Tako ima vsak človek določeno strukturo svoje osebnosti, ki se odlikuje z mnogimi, individualno izraženimi lastnostmi (75).

Kersnik (1) navaja, da lastnosti pacienta pomembno vplivajo na raven zadovoljstva in njihove izkušnje. Večji del variabilnosti v zadovoljstvu pripisujejo prav lastnostim pacienta. Značilnosti pacienta, ki vplivajo na zadovoljstvo (Slika 5), lahko razdelimo v tri skupine: biološke in socialne lastnosti, zdravstveno stanje in slog iskanja zdravstvene službe.

Značilnosti pacienta, ki vplivajo na zadovoljstvo:

- **biosocialne značilnosti pacienta** – najpogosteje so v analize razlik v zadovoljstvu vključene biološke in socialne lastnosti pacientov: spol, starost, izobrazba in okolje, kjer prebivajo. K stopnji zadovoljstva prispevajo neposredno in posredno z razlikami v zdravstvenem stanju in slogom iskanja zdravstvene pomoči. Mlajši in bolj izobraženi pacienti so manj zadovoljni. Moški so praviloma manj zadovoljni. V nasprotju s tem pa so nekateri avtorji pri moških našli večje zadovoljstvo. Največkrat ne uspejo potrditi vloge pacientovega spola pri razlikah v zadovoljstvu. Pomemben vpliv na zadovoljstvo imajo tudi narodnost, rasa in kulturno ozadje pacienta. Pacienti narodnostnih manjšin so pogosto manj zadovoljni z oskrbo.

Zadovoljstvo pacientov se poveča, če se zdravnik zanima za kulturne posebnosti in vrednote posameznega pacienta (1).

- **spol** - vpliv spola pacienta na zadovoljstvo s storitvami v zdravstvu v celoti ni pojasnjen. Kui Son (76) navaja, da so nekatere raziskave pokazale, da, ni razlike med spoloma, medtem ko po drugih raziskavah ženske izražajo nekoliko večje zadovoljstvo. Obstaja pa pozitivna povezava med naklonjenostjo zdravnika do pacienta in zadovoljstvom tako pacienta kot zdravnika. Vzročni odnos med naklonjenostjo zdravnika in zadovoljstvom pacienta je obojestranski, naklonjenost zdravnika povzroča zadovoljstvo pacienta in tudi obratno; če je pacient zadovoljen, mu je tudi zdravnik bolj naklonjen (65).
- **starost** – starejši pacienti so bolj zadovoljni kot mlajši. Vzroki za to naj bi bili naslednji (65):
 - ❖ starejši pacienti primerjajo zdravstvene storitve s tistimi v preteklosti, ko je bila medicina manj razvita, zdravstvene ustanove so bile težje dostopne, ni bilo primernih pripomočkov in zdravil. Zato imajo nižja pričakovanja, ki so lažje uresničljiva;
 - ❖ starejši pacienti so na splošno obravnavani z večjim spoštovanjem kot mlajši;
 - ❖ starejši ljudje so bolj tolerantni in manj nagnjeni k izražanju nezadovoljstva.

Različna področja zdravstvenih storitev so različno pomembna v določeni starosti. Tako za delovno aktivne velja, da ocenjujejo zdravstvene storitve predvsem z vidika dostopa do zdravstvenih storitev. Med zaposlenimi mnogi obiščejo zdravnika iz administrativne potrebe, ker potrebujejo opravičilo za izostanek z dela in ne v prvi vrsti zaradi potrebe po zdravljenju. Starejšim pacientom je pomembna stalnost (videti istega zdravnika pri vsakem obisku), medtem ko mlajši pacienti želijo tehnično dovršenost zdravstvenih storitev (65).

- **izobrazba** – pacienti z nižjo izobrazbo so nagnjeni k temu, da izražajo večje zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami kot pacienti z višjo izobrazbo. Vzrok temu naj bi bil, da imajo bolj izobraženi pacienti višja pričakovanja in strožje standarde

glede zdravstvenih storitev in so posledično bolj razočarani, če zdravstvene storitve ne ustrezajo njihovim standardom (65).

Po drugi strani se bolj izobraženi po navadi zavedajo svojih pravic in jih zato lažje uveljavljajo, kar ima vpliv na njihovo zadovoljstvo. Izobraženi, poznavalci sistema in dejanske prakse v zdravstvenih ustanovah namreč lažje zaznavajo svoje zdravstvene potrebe in si tudi lažje zagotovijo dostop do zdravstvenih storitev kot tisti, ki so neizobraženi. Za slednje je bolj verjetno, da se ne zavedajo možnosti, ki jih imajo, oziroma ne poznajo svojega položaja in pravic v zdravstvu (65).

Najbolj kritični ocenjevalci odnosa zdravstvenih delavcev do ljudi niso med najbolj izobraženimi, ampak tisti s strokovno šolo, medtem ko so najbolj nekritični ocenjevalci tisti z osnovno šolo in manj (65).

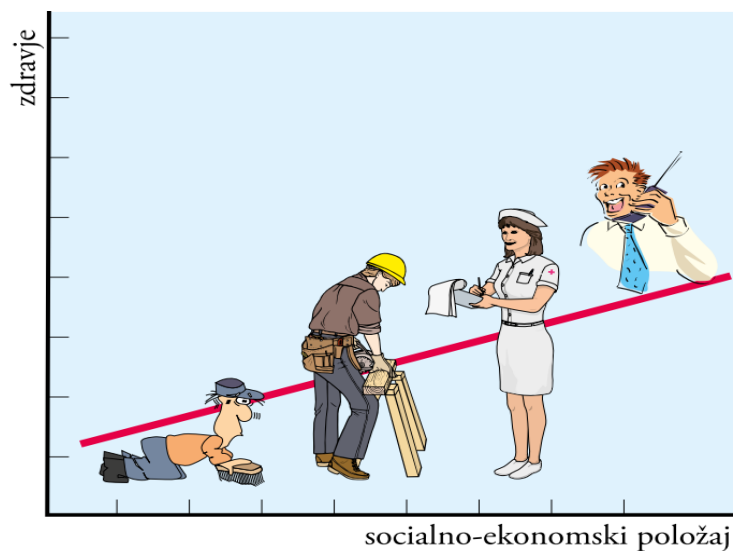
- **zdravstveno stanje pacientov** – zadovoljstvo pri kroničnih pacientih je praviloma manjše. Po drugi strani pa so pri pacientih z zvišanim krvnim tlakom ugotovili večje zadovoljstvo v primerjavi s preostalimi pacienti. Pacienti z znaki duševnih motenj so manj zadovoljni. Tudi pacienti, ki trpijo zaradi duševnih in telesnih težav hkrati, so manj zadovoljni (1).

Zadovoljstvo se vedno zrcali v luči končnega izida oskrbe (zdravstveno stanje). Izboljšano funkcionalno in zdravstveno stanje napoveduje tudi večje zadovoljstvo. Nanj negativno vplivajo psihološki dejavniki pacienta, tj. depresija, stres in slaba socialna podpora (1).

- **socialno-ekonomsko stanje pacienta** – socialno-ekonomski položaj lahko opredelimo kot relativni položaj družine ali posameznika v hierarhični družbeni strukturi, in sicer na osnovi dostopa do premoženja, ugleda in moči ali nadzora nad njimi. Najpogosteje uporabljeni kazalniki socialno-ekonomskega položaja posameznika so: *izobrazba*, ki kaže predvsem na nematerialne vire, kot so znanje, veščine in sposobnosti, *poklic*, ki odraža predvsem z delom povezane okoliščine, in *dohodek*, ki kaže na dostopnost do materialnih virov in storitev (77).

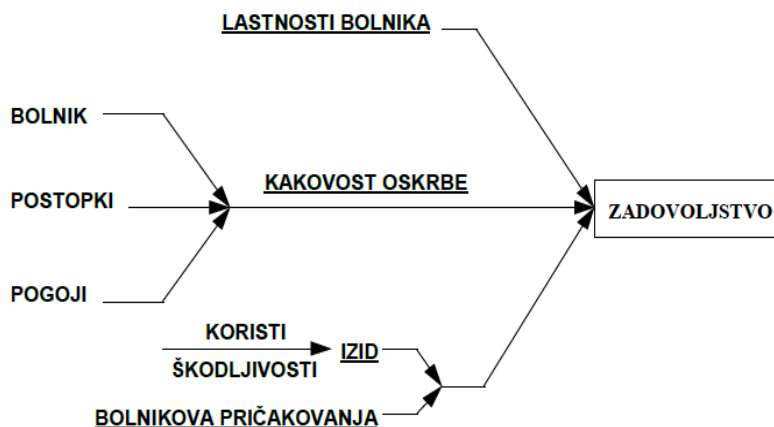
Socialni gradient v zdravju (Slika 4) prikazuje zdravstvene izide v odnosu do socialno-ekonomskega položaja. Gradient kaže, da neenakosti v zdravju niso le vprašanje vrzeli v

zdravju med najpremožnejšo in najrevnejšo skupino prebivalcev, saj se nanaša na celotno populacijo (77).



Slika 4: Socialni gradient v zdravju (77)

- **slog iskanja zdravstvene pomoči** – pacienti, ki večkrat obiščejo istega zdravnika ali imajo z njim večletne izkušnje, so z njim praviloma bolj zadovoljni. Pri pacientih, ki so prej redkeje obiskovali svojega zdravnika, so odkrili manjše zadovoljstvo (1).



Slika 5: Prvine, ki vplivajo na oblikovanje pacientovega mnenja o oskrbi (78).

2.4.4 Zadovoljstvo pacientov v zdravstveni negi

Pacienti se v okviru zdravstvene obravnave srečujejo tudi s sistemskimi dejavniki, ki vplivajo na dostopnost do ustrezne oskrbe. Organizacija dela, kot so sistem naročanja, kadrovska zasedenost, čakalne vrste, dosegljivost ambulate in zdravnika po telefonu, vpliva na večje zadovoljstvo pacientov. Pacienti, ki v čakalnici čakajo krajši čas, so bolj zadovoljni (1).

Vsi zdravstveni delavci s svojim odnosom do pacientov lahko pomembno vplivajo na zadovoljstvo pacientov. Pomemben dejavnik celotnega zadovoljstva je ocena medosebnih odnosov, pri čemer igrajo medicinske sestre pomembno vlogo. Pacienti močno cenijo, da je zdravnik na razpolago, ko ga po njihovi oceni nujno potrebujejo. Za hitro in učinkovito usmerjanje pacientov je takrat potrebna dobra organizacija in koordinacija služb, ki pa za paciente pogosto predstavlja oviro in s tem manjše zadovoljstvo (1).

Informiranje pacienta je kompleksen proces in pacient poleg informacij, ki mu jih posreduje zdravnik o bolezni ter medicinska sestra o zdravstveni negi, potrebuje še številne dopolnilne informacije za razumevanje samega procesa zdravljenja, stranskih učinkov in ukrepov v zvezi s tem ter informacije, ki mu olajšajo bivanje ter vplivajo na kakovost življenja v času zdravljenja (79).

Klemenc (80) navaja, da pacient mora vedeti, v kaj se pri določenem načinu zdravljenja podaja, obveščen mora biti o svojem stanju in možnostih, kajti šele to zagotavlja možnost in pravico do resnega odločanja. Informacija mora biti pacientu razumljivo predstavljena. Pogoji vsakega medicinskega postopka je podano soglasje oz. pristanek pacienta na podlagi ustne informacije, pravica do zaupnosti in zasebnosti ter pravica do ustrezne nege in zdravljenja. Tudi Skela Savič (81) navaja, da pacientom moramo nuditi dovolj informacij in jim omogočiti, da sodelujejo pri odločanju o načinu zdravljenja. Košir (82) pa navaja, da medicinska sestra posreduje pacientu informacije le v okviru svojih pristojnosti, pozorna mora biti, da pacientova vprašanja ne posegajo zunaj področja zdravstvene nege, če pa, ga v tem primeru napoti k za to pristojnemu zdravniku ali drugemu zdravstvenemu delavcu.

Ko je pacient seznanjen s svojo boleznijo in da osveščen pristanek na predlagane diagnostične postopke in način zdravljenja, se v informacijski krog vključijo tudi drugi člani zdravstvenega tima. V prvi vrsti so to medicinske sestre, ki pacienta natančneje poučijo o pričakovanih stranskih učinkih zdravljenja ter ukrepih za njihovo preprečevanje.

Učenje pacienta mora biti del delovnih nalog medicinske sestre. Pacientu moramo dati vedeti, da je informiran o svojem stanju ter mu pokazati, da smo si pripravljene vzeti čas za njegova vprašanja. Pri tem moramo biti spoštljivi, pozitivno naravnani in sočutni. To pri pacientu krepi občutek, da je v procesu zdravljenja aktiven (79).

Dobnik (83) navaja, da je učinkovito komuniciranje med zdravstvenim osebjem in pacientom ključnega pomena za pacientovo zadovoljstvo, zaupanje in izid zdravljenja ter pomembno vpliva na njegovo pripravljenost soočenja z boleznijo, s spremenjeno samopodobo, pričakovanji v prihodnosti, spremenjenimi odnosi do bližnjih in do dela; soočenje samo pa je pogosto celo bolj obremenilno kot bolečina zaradi bolezni.

Šmitek (84) navaja, da so v zdravstveni negi skrb, profesionalnost in medosebni odnosi osrednjega pomena in zajemajo celovitost delovanja medicinske sestre. Ob tem je treba poudariti, da je medsebojni odnos tisti, ki ga pacient zaznava in ocenjuje kot primeren in neprimeren. Za pacienta je pomembno, da ga nekdo razume, da »čuti« z njim. Čustva so del človekove zasebnosti, ki jo je pripravljen razkrivati le v intimnejših povezavah z drugimi in ob zaupanju, da ga bodo drugi razumeli.

Medicinska sestra mora zagotoviti pacientu prijetno in varno okolje. K pacientu mora pristopiti z veliko razumevanja, prijaznosti, topline in pozornosti, ga poslušati, vzpodbujati in mu pomagati v procesu zdravljenja. Tako si pridobi pacientovo zaupanje in sodelovanje med zdravljenjem (69).

Z razvojem zdravstvene nege se je spreminjalo tudi razumevanje pacienta in pogledi nanj. Na pacienta naj bi se danes gledalo kot na celoto, kot na dinamično silo in ne kot le na skupek delov. Pacient tudi v Sloveniji postaja »kralj« (85).

Raziskovanje na področju zadovoljstva pacientov Ljubljana ocenjevali delo zdravnikov, medicinskih sester ter drugih članov zdravstvenega tima, s katerimi so se srečali v fazi obravnave (86).

V letu 2006 je Ministrstvo za zdravje izvedlo nacionalno anketo o izkušnjah pacientov v bolnišnicah (87). Anketa je vključila elemente pacientovega zaznavanja zdravstvene oskrbe in vključila za pacienta pomembne vrednote: pravočasnost, komunikacija in odnos zdravnika in medicinske sestre s pacientom, obveščanje pacienta o zdravljenju, sodelovanje pacienta pri zdravljenju, lajšanje bolečine ter bolnišnično okolje in prehrana.

Večina vprašanj je ponujala izbiro po Likertovi skali od 1 do 5. Vprašalnik je vseboval posebej vprašanja za zdravnike in medicinske sestre. V povprečju je paciente pri medicinskih sestrah najbolj motilo, da so pred njimi govorile, kot da jih ni. Predolgo so tudi čakali, da je medicinska sestra prišla, ko jo je pacient poklical. Pacienti tudi niso bili zadovoljni z razumljivimi odgovori na zastavljena vprašanja. Najbolje so ocenjevali razlago namena posega, ki so ga medicinske sestre želele opraviti in da so spremljale ter obvladovale vsa naročila in dejavnosti, ki so se nanašale na pacienta. V Splošni bolnišnici Izola so rezultati izkušenj pacientov raziskave pri medicinskih sestrah bili ocenjeni na lestvici od 1 do 5 pri vseh aktivnostih v povprečju med 4 in 5, razen v primeru predolgega čakanja na odziv medicinske sestre, ko jo je pacient poklical (ocena med 3 in 4) (87).

Zdravstvena nega je pomembna, saj odraža stanje kakovosti obravnave in dela medicinskih sester. Tako bolnišnice redno opravljajo raziskave o zadovoljstvu pacientov, v oceno katere je vključena tudi zdravstvena nega.

Na področju zadovoljstva pacientov v zdravstveni negi je bila izvedena raziskava na Onkološkem inštitutu v Ljubljani leta 2003 – merjenja izkušenj pacientov s storitvami v bolnišnični dejavnosti. Pacienti so na podlagi svojih izkušenj na Onkološkem inštitutu Ljubljana ocenjevali delo zdravnikov, medicinskih sester ter drugih članov zdravstvenega tima, s katerimi so se srečali v fazi obravnave (86).

3 METODE DELA

3.1 Namen, cilj raziskave in raziskovalne hipoteze

Namen magistrske naloge je preučiti izkušnje in stališča pacientov o delu medicinskih sester ter ugotoviti, katere vrednote dela negovalnega osebja postavljajo pacienti v ospredje.

Cilj magistrske naloge je raziskati izkušnje in stališča pacientov z delom zdravstvene nege v urgentni ambulanti in specialističnih ambulantah kirurgije ter interne medicine SBI. Drugi cilj dela je ugotoviti, ali prihaja do razlik v zadovoljstvu z negovalnim osebjem na različnih oddelkih SBI in zakaj. Preučevali bomo, ali se vrednote, ki se nanašajo na delo medicinskih sester med pacienti in medicinskimi sestrami, razlikujejo. Na podlagi dobljenih rezultatov bomo predlagali možne izboljšave.

Postavili smo si štiri raziskovalne hipoteze.

H1: Večina pacientov vrednoti komunikacijske elemente zdravstvene nege v SBI kot zelo pomembne.

H2: Večina pacientov vrednoti dosegljivost medicinske sestre in dobro informiranost v SBI kot zelo pomembno vrednoto in jo opredeljujejo kot pozitivno doživeto izkušnjo.

H3: Enakopravnost in enakovrednost pacientove obravnave s strani zdravstvene nege je za večino pacientov zelo pomembna vrednota in pozitivna izkušnja, ki jo doživljajo v SBI.

H4: Izkušnje pacientov z delom medicinskih sester v urgentni ambulanti se razlikujejo od izkušenj v specialističnih ambulantah.

3.2 Vzorec

Izbor sodelujočih anketirancev je bil namenski. Natančnost rezultatov raziskave smo želeli doseči z večjim številom anketirancev, vključenih v raziskavo. Reprezentativnost vzorca smo določili po naslednjem postopku: v specialističnih ambulantah bi anketirali 100 pacientov, prav toliko tudi v urgentnih. Ker pa smo v raziskavi želeli prikazati in primerjati tudi ocene zadovoljstva pacientov s posameznimi medicinskimi sestrami, ki so sodelovale

pri njihovi obravnavi v ambulantni, smo v ta namen anketne vprašalnike opremili s posebnimi oznakami, ki so povezovale medicinsko sestro s pacienti, pri katerih je sodelovala v obravnavi. Da bi dosegli število 100 anketiranih, smo vsaki medicinski sestri razdelili 10 vprašalnikov za paciente, skozi katere bi ocenjevali njeno delo. V specialističnih ambulantah je zaposlenih 15 medicinskih sester, tako smo dosegli zastavljeno reprezentativnost. Da pa bi se izognili napakam in nepravilnostim v vzorčenju, smo v raziskavo zajeli vseh 15 medicinskih sester in tako vzorec anketiranih pacientov povečali za 50 enot. V urgentnih ambulantah je zaposlenih 25 medicinskih sester, da pa bi bili rezultati med seboj primerljivi, smo vsem 25 medicinskim sestram podali vprašalnike na enak način kot v specialističnih ambulantah in tako prišli do števila 250 anketiranih pacientov. V obeh ambulantah smo tako podali anketne vprašalnike 400 pacientom in 40 medicinskim sestram (urgentne ambulate 250, specialistične 150 anketnih vprašalnikov). Pacienti so v raziskavi sodelovali prostovoljno.

Uporabili smo kvantitativno metodo anketiranja. Vključeni so bili pacienti, ki so obiskali urgentne ambulate internistične in kirurške prve pomoči v SBI, ter pacienti specialističnih ambulant interne in kirurgije. Prav tako smo anketirali medicinske sestre, ki delajo v teh ambulantah. Pripravili smo anketni vprašalnik, s pomočjo katerega smo želeli prikazati stanje zadovoljstva pacientov z delom medicinskih sester.

Sama realizacija vzorca je pokazala, da je bilo v specialističnih ambulantah popolno izpolnjenih in vrnjenih 81 (44,5 %) anket in 101 (55,5 %) v urgentnih ambulantah. Realizacija vrnjenih anket medicinskih sester urgence je bila 18 (72 %), specialističnih ambulant pa 8 (53 %) anketnih vprašalnikov. V raziskavo ni bilo vključenih 31 vprašalnikov (5 vprašalnikov iz specialističnih ambulant in 26 iz urgentnih ambulant), ker niso bili v celoti izpolnjeni.

Anketni vprašalnik je vseboval precej vprašanj, kar bi lahko vplivalo na samo koncentracijo anketiranega.

3.2.1 Sociodemografski profil pacientov

V raziskavo je bilo z anketnim vprašalnikom zajetih 182 anketirancev. Med njimi je bilo 73 (59,9 %) moških in 109 (40,1 %) žensk. Največ pacientov je bilo starih od 51 do 60 let,

in sicer 41 (22,5 %); najmanj pa nad 85 let, natančneje 3 (1,6 %). Več kot polovica, 101 (55,5 %) pacient, jih je bilo zaposlenih. Sledili so jim upokojeni, takšnih je bilo 58 (31,9 %) pacientov, 10 (5,5 %) je bilo brezposelnih, 9 (4,9 %) študentov, 4 (2,2 %) pacienti pa so bili nezmožni za delo zaradi bolezni ali invalidnosti. Med 182 pacienti jih je imelo največ 95 (52,2 %) z doseženo srednješolsko izobrazbo. Skoraj petina 33 (18,1 %) pacientov je imela uspešno zaključeno višjo šolo, 21 (11,5 %) univerzitetno izobrazbo ali več, 17 (9,3 %) pa visoko univerzitetno. Najmanj je bilo pacientov z osnovnošolsko izobrazbo 16 (8,8 %). Sicer je bilo 81 (44,5 %) pacientov zajetih v specialističnih ambulantah in 101 (55,5 %) v urgentnih. Njihove sociodemografske značilnosti so predstavljene v tabeli 1.

Tabela 1: Sociodemografske značilnosti pacientov

Značilnost		Število pacientov (n = 182)	Struktura (%)
Spol	moški	73	40,1
	ženski	109	59,9
Starostni razred	20–30 let	21	11,5
	31–40 let	34	18,7
	41–50 let	34	18,7
	51–60 let	41	22,5
	61–70 let	29	15,9
	71–85 let	20	11,0
	nad 85 let	3	1,6
Zaposlitveni status	zaposlen	101	55,5
	študent	9	4,9
	brezposeln	10	5,5
	nezmožen za delo	4	2,2
	upokojen	58	31,9
Dosežena stopnja izobrazbe	osnovnošolska	16	8,8
	srednješolska	95	52,2
	višja	33	18,1
	visoka strokovna	17	9,3
	univerzitetna in več	21	11,5
Vrsta ambulante	specialistična	81	44,5
	urgentna	101	55,5

3.3 Merski instrument

Anketni vprašalnik temelji na mednarodno pripravljenih in preverjenih vprašalnikih za merjenje zadovoljstva pacientov z delom zdravnika družinske medicine – Europep (68) in

na vprašalniku Qualicopc (88). Ta dva vprašalnika smo preoblikovali in ju uporabili za ugotavljanje zadovoljstva pacientov v zdravstveni negi. Prvi del vprašalnika za paciente temelji na njihovih vrednotah, drugi pa na njihovih izkušnjah z delom medicinskih sester. Vprašalnik za medicinske sestre prav tako temelji na Europep (68) in Qualicopc (88) vprašalniku, ki smo mu na koncu dodali še del, ki se nanaša na zadovoljstvo pri njihovem delu. Avtorja obeh vprašalnikov smo povprašali za njihovo dovoljenje o uporabi in pridobili pozitiven odgovor. Vprašalnik vsebuje 32 trditev/vprašanj v primeru vrednot in enako število trditev/vprašanj v primeru izkušenj. Sledijo še štiri vprašanja o osebnih značilnostih anketirancev. Uporabili smo metodo zaprtih vprašanj z možnostjo enega odgovora. Vprašanja so se nanašala na komunikacijo, dosegljivost, informiranost, enakopravnost in enakovrednost.

Kersnik (1) navaja, da je vprašalnik o zadovoljstvu pacientov Europep (68) multidimenzionalni instrument, ki vsebuje 23 trditev o posameznih vidikih dela zdravnika družinske medicine, katerega analiza zanesljivosti slovenskega prevoda je pokazala, da je zanesljiv instrument za merjenje zadovoljstva pacientov z zdravnikom družinske medicine. Sestavljen je iz šestih delov. Vprašalnik Europep (68) smo preoblikovali za merjenje zadovoljstva z delom medicinskih sester. Iz vprašalnika Europep (68) smo povzeli naslednja vprašanja: 1. del (vprašanje 1 in 6), 2. del (vprašanje 9), 3. del (vprašanje 12). Prav tako smo povzeli vprašanja iz vprašalnika Qualicopc (88), ki meri zadovoljstvo pacientov z delom zdravnika družinske medicine. Ta je razdeljen na dva večja sklopa vprašanj. Prvi sklop se nanaša na vrednote pacientov in je razdeljen na 19 delov. Iz njega smo povzeli naslednje trditve: 3. del (3 in 4 vprašanje), 5. del (1, 2, in 3 vprašanje), 7. del (1, 2, 3, 5, 10, 11 vprašanje), 8. del (1, 2, 5, 6, 8 vprašanje), 9. del (2, 3 vprašanje) in 10., 11., 16. ter 17. del, ki predstavljajo vsak po eno vprašanje. Drugi sklop vprašalnika predstavlja izkušnje pacientov in je razdeljen na 41 delov, ki vsebujejo po eno vprašanje. Povzeli smo naslednja vprašanja: 1, 4, 17 in 25 (po eno vprašanje). V 18. delu (2 vprašanji). Preostalih deset vprašanj smo oblikovali sami za potrebe naše raziskave. Tako smo sestavili vsebinsko nov merski instrument za ugotavljanje zadovoljstva pacientov z delom zdravstvene nege (Priloga 2). Z vprašalnikom smo zbirali podatke, ki jih le delno najdemo v obstoječih virih.

Anketni vprašalnik smo najprej testirali glede razumljivosti in sprejemljivosti vprašalnika. Anketirali smo deset naključnih pacientov. Na anketni vprašalnik so odgovarjali od 15 do 20 minut, odgovore so podali na vsa vprašanja, ugotovili smo, da je vprašalnik zastavljen razumljivo in sprejemljivo. Zanesljivost našega merskega instrumenta za merjenje zadovoljstva pacientov z delom medicinskih sester smo ugotovili z izračunom alfa po Kronbachu (Kronbachova alfa = 0,876), kar potrjuje, da je vprašalnik zanesljiv.

Podatke, ki so bili zbrani z anketnim vprašalnikom, smo vnesli in obdelali s statističnim programom SPSS, verzija 21 (IBM Corporation). Podatki so bili predstavljeni z uporabo osnovnih deskriptivnih statistik in frekvenčnih tabel. Za preverjanje raziskovalnih hipotez smo uporabili binomski test (angl. binomial test), ki testira razliko med vzorčnim deležem pacientov, opredeljenih z referenčnim atributom, in hipotetičnim deležem (angl. testing proportion). Referenčni atribut pacienta je bil v sklopu analize pacientovih vrednot s področja zdravstvene nege opredeljen z odgovorom zelo pomembno in z odgovorom da v sklopu izkušenj. Odgovor ne vem je bil v analizi opredeljen kot manjkajoča vrednost, saj gre za indiferentno kategorijo. Za vsebinsko primerljivo osnovo smo določene trditve repolarizirali tako, da slednje merijo isto smer obravnavanega koncepta. Za analizo razlik v izkušnjah pacientov, ki so obiskali urgentne in specialistične ambulate, smo uporabili neparametrični Mann-Whitneyev test, ki ne temelji na predpostavki normalnosti porazdelitve. Za preverjanje slednje smo uporabili Kolmogorov-Smirnov test normalnosti. Stopnja značilnosti (p-vrednost) je bila določena z vrednostjo 0,05.

3.4 Potek raziskave

V magistrski nalogi smo uporabili opisno (deskriptivno) metodo dela z raziskovanjem domače in tuje literature s področja kakovosti v zdravstveni negi, komunikacije v zdravstveni negi, etike v zdravstveni negi in zadovoljstvo pacientov z delom medicinskih sester ter jo nadgradili s kvantitativno raziskavo.

Za potrebe raziskave smo predhodno zaprosili in pridobili pisno soglasje komisije SBI, da lahko izvedemo raziskavo (Priloga 3).

Pacienti so v raziskavi sodelovali prostovoljno. Sodelovanje so lahko odklonili že pri medicinski sestri/zdravstvenem tehniku ob razdeljevanju anket. Za tak način razdeljevanja anket smo se odločili z namenom povišanja odstotka vrnjenih anket. Pacienti, ki niso bili sami sposobni (zdravstveno stanje pacienta) izpolniti vprašalnika, v raziskavo niso bili vključeni.

Vsako sodelujočo medicinsko sestro smo osebno pozvali in spomnili, naj izpolni anketo (anketni vprašalnik za medicinske sestre – Priloga 1), ter spodbujali, da anketne vprašalnike (anketni vprašalnik za paciente – Priloga 2) razdeli pacientom. V specialističnih ambulantah je zaposlenih 15 medicinskih sester, na urgenci pa 25. Vsak/-a od njih je razdelil/-a vprašalnike naključnim 10 pacientom, pri katerih je sodeloval/-a v njihovi obravnavi (svetovanje, različni posegi).

Raziskava je potekala tri mesece, in sicer od začetka decembra 2013 do konca februarja 2014.

4 REZULTATI

4.1 Preverjanje hipotez

S podatki, zbranimi z anketnimi vprašalniki, smo preverili štiri raziskovalne hipoteze.

Hipoteza 1: Večina pacientov vrednoti komunikacijske elemente zdravstvene nege v SBI kot zelo pomembne.

V prvi hipotezi smo vrednotenje komunikacijskih elementov zdravstvene nege preverjali pri pacientih. Pacienti so v raziskavi vrednotili komunikacijske elemente zdravstvene nege na podlagi naslednjih trditev:

1. da vam svetuje in pozorno posluša;
2. da vas sprašuje o zdravstvenih težavah;
3. da me vpraša, ali imam kakšna vprašanja;
4. da me vpraša, ali sem vse razumel/-a;
5. da medicinska sestra ne prekinja posveta s telefonskimi klici;
6. da sem pri pogovoru o svoji zdravstveni težavi odkrit/-a in ne v zadregi;
7. da se lahko pogovorim o psihosocialnih zadevah (osebne skrbi);
8. da medicinska sestra pri komunikaciji z mano uporablja besede: prosim, hvala, izvolite;
9. da me naziva z gospod, gospa, je spoštljiva;
10. da je pri pogovoru z mano odkrita;
11. da me pri pogovoru upošteva kot enakovrednega sogovornika;
12. ali potrebujete posvetovanja z medicinsko sestro.

Njihovo pomembnost so v primeru prvih enajst ocenjevali na štiristopenjski skali, kjer je 1 pomenila ni pomembno in 4 zelo pomembno. Njihove opisne statistike so s Kolmogorov-Smirnovim testom normalnosti predstavljene v tabeli 2. Zadnja, dvanajsta trditev o potrebi posvetovanja z medicinsko sestro pa je bila vrednotena na binarni osnovi, kjer je 1 pomenila da in 0 ne.

Vsi anketiranci so podali odgovor na te trditve. Pacienti so v povprečju najvišje ovrednotili postavko, da jim medicinska sestra svetuje in jih pozorno posluša (3,66), najnižje pa, da jih medicinska sestra naziva z gospod, gospa, je spoštljiva (2,75). Trditev, da je medicinska

sestra pri pogovoru s pacientom odkrita, je edina, ki je prav nihče od anketiranih pacientov ni ovrednotil kot nepomembno – pacienti so jo generalno ocenili kot drugi najpomembnejši komunikacijski element s povprečno oceno 3,53. Vrednost koeficienta asimetrije (angl. *skewness*) je pri vseh trditvah manjša od 0, kar kaže na asimetrijo porazdelitve v levo, torej da se mnenja pacientov gostijo v zgornji polovici skale. S Kolmogorov-Smirnovim testom smo ugotovili, da porazdelitev odstopa od normalne prav pri vseh postavkah ($p \leq 0,05$), kar smo upoštevali v nadaljevanju pri izbiri testov.

Tabela 2: Opisne statistike za enajst komunikacijskih elementov zdravstvene nege vrednotenih na štiristopenjski lestvici

Komunikacijski element	n	Območje *	Povprečje	Stand. odklon	Modus	Koeficient asimetrije	Kolmogorov-Smirnov Z	p-vrednost
Da vam svetuje in pozorno posluša.	182	1–4	3,66	0,559	4	–1,640	0,429	0,000
Da vas sprašuje o zdravstvenih težavah.	182	1–4	3,29	0,769	4	–0,909	0,274	0,000
Da me vpraša, ali imam kakšna vprašanja.	182	1–4	3,29	0,734	3	–0,942	0,61	0,000
Da me vpraša, ali sem vse razumel/-a.	182	1–4	3,30	0,707	3	–0,791	0,267	0,000
Da medicinska sestra ne prekinja posveta s telefonskimi klici.	182	1–4	3,15	0,851	4	–0,670	0,248	0,000
Da sem pri pogovoru o svoji zdravstveni težavi odkrit/-a in ne v zadregi.	182	1–4	3,37	0,692	4	–0,853	0,301	0,000
Da se lahko pogovorim o psihosocialnih zadevah (osebne skrbi).	182	1–4	3,03	0,922	3	–0,665	0,233	0,000
Da medicinska sestra pri komunikaciji z mano uporablja besede: prosim, hvala, izvolite.	182	1–4	3,07	0,748	3	–0,348	0,251	0,000
Da me naziva z gospod, gospa, je spoštljiva.	182	1–4	2,75	0,924	3	–0,284	0,234	0,000
Da je pri pogovoru z mano odkrita.	182	2–4	3,53	0,573	4	–0,733	0,361	0,000
Da me pri pogovoru upošteva kot enakovrednega sogovornika.	182	1–4	3,50	0,564	4	–0,749	0,340	0,000

* Najmanjša-največja vrednost.

Na podlagi postavljene hipoteze smo želeli preveriti, ali se delež anketiranih pacientov, ki so izbrani element komunikacije ovrednotili kot zelo pomemben, statistično pomembno razlikuje od 50 % (v pozitivno smer). Kot referenčna kategorija je bil za prvih enajst

trditev opredeljen odgovor zelo pomembno (4) in da (1) v primeru zadnje trditve. V skladu s tem smo štiristopenjsko lestvico za prvih enajst trditev rekodirali na primerljivo binarno osnovo tako, da 1 predstavlja kategorijo zelo pomembno, 0 pa preostale kategorije skupaj (tj. ni pomembno/malo pomembno/pomembno). Večina pacientov pa je bila opredeljena z referenčno vrednostjo več kot 50 %. Odgovor ne vem je bil v analizi obravnavan kot neodgovor. Za testiranje razlik v deležih smo uporabili binomski test (angl. binomial test).

Rezultati so pokazali, da se delež pacientov, ki so izbrani element komunikacije ovrednotili kot zelo pomemben dejavnik zdravstvene nege, statistično značilno razlikuje od testne vrednosti 50 % (bodisi v pozitivni bodisi negativni smeri) v primeru šestih elementov. Vendar nam opazovani deleži pokažejo, da se le dva od teh statistično pomembno razlikujeta v pozitivni smeri, tj., da je delež pacientov, ki so izbrani element ocenili kot zelo pomembnega, statistično značilno večji od deleža pacientov, ki ga niso opredelili kot zelo pomembnega. Posledično prvo hipotezo sprejmemo le v primeru dveh komunikacijskih elementov (1 in 12). Večina pacientov kot zelo pomemben dejavnik zdravstvene nege v SBI vrednoti, da jim medicinska sestra svetuje in jih pozorno posluša (70,3 %) ter da potrebujejo posvetovanja z medicinsko sestro (69,4 %).

Za preostale štiri signifikantne komunikacijske elemente (5, 7, 8, 9) zavrnemo trditev iz prve hipoteze. Binomski test je za te resda potrdil, da se delež pacientov, ki so element ocenili kot zelo pomemben dejavnik, statistično značilno razlikuje od testne vrednosti 50 %, vendar v negativni smeri. Z drugimi besedami to pomeni, da več kot polovica pacientov kot ne zelo pomemben (tj. bodisi kot nepomemben, malo pomemben bodisi pomemben) element zdravstvene nege v SBI dojema, da medicinska sestra ne prekinja posveta s telefonskimi klici (59,3 %); da se lahko pogovori o psihosocialnih zadevah (osebne skrbi) (63,7 %); da medicinska sestra pri komunikaciji uporablja besede (70,3 %) prosim, hvala, izvolite ter da medicinska sestra naziva z gospod, gospa, je spoštljiva (77,5 %).

Prav tako zavrnemo trditev iz prve hipoteze v primeru šestih elementov komunikacije (2, 3, 4, 6, 10, 11), za katere se ni potrdila statistično značilna razlika ($p > 0,05$). Med njimi velja izpostaviti dve postavki, in sicer, da je medicinska sestra pri pogovoru odkrita in da

pacienta upošteva kot enakovrednega sogovornika. Za oba je iz absolutnih vrednosti in pripadajočih deležev vidno, da je več pacientov, ki so dali oceno zelo pomembna, vendar se razlika ni potrdila kot statistično značilna, saj sta oba deleža pacientov, ki so dali oceno zelo pomembno oz. ne zelo pomembno, enako oddaljena od hipotetičnega deleža 50 %.

Tabela 3: Binomski test za komunikacijske elemente zdravstvene nege v SBI, ki so jih vrednotili pacienti

Komunikacijski element		n	Opazovan delež (%)	p vrednost (dvostranska)	Rang*
Da vam svetuje in pozorno posluša. (1)	zelo pomembno	128	70,3	0,000	1
	ni zelo pomembno	54	29,1		
Da vas sprašuje o zdravstvenih težavah. (2)	zelo pomembno	82	45,1	0,208	6
	ni zelo pomembno	100	54,9		
Da me vpraša, ali imam kakšna vprašanja. (3)	zelo pomembno	78	42,9	0,064	7
	ni zelo pomembno	104	57,1		
Da me vpraša, ali sem vse razumel/-a. (4)	zelo pomembno	78	42,9	0,064	7
	ni zelo pomembno	104	57,1		
Da medicinska sestra ne prekinja posveta s telefonskimi klici. (5)	zelo pomembno	74	40,7	0,014	8
	ni zelo pomembno	108	59,3		
Da sem pri pogovoru o svoji zdravstveni težavi odkrit/-a in ne v zadregi. (6)	zelo pomembno	88	48,4	0,711	5
	ni zelo pomembno	94	51,6		
Da se lahko pogovorim o psihosocialnih zadevah (osebne skrbi). (7)	zelo pomembno	66	36,3	0,000	9
	ni zelo pomembno	116	63,7		
Da medicinska sestra pri komunikaciji z mano uporablja besede prosim, hvala, izvolite. (8)	zelo pomembno	54	29,7	0,000	10
	ni zelo pomembno	128	70,3		
Da me naziva z gospod, gospa, je spoštljiva. (9)	zelo pomembno	41	22,5	0,000	11
	ni zelo pomembno	141	77,5		
Da je pri pogovoru z mano odkrita. (10)	zelo pomembno	103	56,6	0,088	3
	ni zelo pomembno	79	43,4		
Da me pri pogovoru upošteva kot enakovrednega sogovornika. (11)	zelo pomembno	96	52,7	0,505	4
	ni zelo pomembno	86	47,3		
Ali potrebujete posvetovanja z medicinsko sestro? (12)	da	93	69,4	0,000	2
	ne	41	30,6		

Legenda: Testni delež = 50 %.

* Opredeljen po deležu pacientov, ki so komunikacijski element opredelili kot zelo pomemben.

Hipoteza 2: Večina pacientov vrednoti dosegljivost medicinske sestre in dobro informiranost v SBI kot zelo pomembno vrednoto ter jo opredeljujejo kot pozitivno doživetje izkušnje.

Poleg komunikacijske dimenzije zdravstvene nege so se pacienti opredelili tudi o dosegljivosti medicinske sestre in informiranosti v SBI tako z vidika vrednot kot izkušnje. Dosegljivost medicinske sestre in informiranost so v kontekstu vrednot ocenjevali na štiristopenjski skali (1 = ni pomembno, 4 = zelo pomembno), v kontekstu izkušenj pa na binarni osnovi, kjer je 1 pomenila da in 0 ne, z možnostjo odgovora ne vem (3).

Koncept vrednot s področja dosegljivosti in informiranosti je bil merjen z naslednjimi osmimi trditvami:

1. da dobro razumete, kaj vam medicinska sestra razlaga;
2. da ima ta ambulanta dolg delovni čas/24, 12, 8 ur;
3. da v tej ambulanti zlahka dobite datum in uro obiska;
4. da veste, kako do storitev zvečer, ponoči in med vikendom;
5. da mi poda nadaljnje informacije o moji zdravstveni težavi;
6. da sem pripravljen/-a spraševati in si zapisovati;
7. da mi medicinska sestra ponudi, naj se nanjo obrnem prek telefona ali po e-pošti, če bi imel/-a še kakšna vprašanja;
8. da dobim jasna navodila, kaj storiti, če bi bilo kaj narobe.

Njihove opisne statistike s Kolmogorov-Smirnovim testom normalnosti so predstavljene v tabeli 4.

Vseh 182 pacientov je v sklopu vrednot odgovorilo na te trditve. Gledano vrednote, povezane z dosegljivostjo medicinske sestre, so pacienti najvišje umestili dejstvo, da lahko pridobijo termin obiska (3,62), najnižje pa, da ponudbo medicinske sestre o možnosti dostopa prek telefona ali po e-pošti v primeru vprašanj (2,95). Z vidika informiranosti so pacienti v povprečju najvišje ovrednotili postavko, da dobijo jasna navodila, kaj storiti, če bi bilo kaj narobe (3,64), najnižje pa, da so pripravljeni spraševati in si zapisovati (2,93). Sicer je vrednost koeficienta asimetrije pri vseh trditvah o dostopnosti medicinske sestre kot informiranosti negativna, kar kaže, da se ocene pacientov kopičijo v zgornji polovici vrednostne skale. Tudi Kolmogorov-Smirnov test je potrdil, da porazdelitve odstopajo od normalne pri vseh postavkah ($p \leq 0,05$). Pri treh trditvah je mogoče opaziti, da variacijski razmik (območje) ne vključuje najmanjše vrednosti na lestvici, kar pomeni, da nihče od anketiranih pacientov temu elementu ni dodelil oznake ni pomembno. Te se nanašajo na razumevanje razlage medicinske sestre, dostop do storitev zunaj rednega delovnega časa in jasnost navodil.

Koncept dosegljivosti medicinske sestre in informiranosti, ki so ju bili pacienti deležni v SBI, so v raziskavo vključeni pacienti ocenjevali na vsebinsko podobnih postavkah kot v sklopu vrednot, le da so bile te konkretizirane v kontekstu izkušenj:

1. nisem prav dobro razumel/-a, kaj mi je razlagal/-a;
2. delovni čas je preveč omejen;
3. ko sem poklical/-a v ambulantno, sem čakal/-a dolgo, preden sem z nekom govoril/-a, da dobim datum in uro obiska;
4. vem, kako do storitev zvečer, ponoči in med vikendom;
5. podajala mi je informacije o moji zdravstveni težavi;
6. povprašala me je, ali sem pripravljen spraševati in si zapisovati;
7. medicinska sestra mi je ponudila, naj se nanjo obrnem prek telefona ali po e-pošti, če bi imel/-a še kakšno vprašanje;
8. dobil/-a sem jasna navodila, kaj storiti, če bi bilo kaj narobe.

Tabela 4: Opisne statistike za elemente dosegljivosti in informiranosti zdravstvene nege vrednotenih na štiristopenjski lestvici

Element dosegljivosti	n	Območje *	Povprečje	Stand. odklon	Modus	Koeficient asimetrije	Kolmogorov-Smirnov Z	p-vrednost
Da ima ta ambulantna dolg delovni čas/24, 12, 8 ur. (2)	182	1–4	3,31	0,686	3	–0,599	0,274	0,000
Da v tej ambulanti zlahka dobite datum in uro obiska. (3)	182	1–4	3,62	0,550	4	–1,297	0,403	0,000
Da veste, kako do storitev zvečer, ponoči in med vikendom. (4)	182	2–4	3,56	0,580	4	–0,927	0,380	0,000
Da mi medicinska sestra ponudi, naj se nanjo obrnem prek telefona ali po e-pošti, če bi imel/-a še kakšno vprašanje. (7)	182	1–4	2,95	0,884	3	–0,426	0,228	0,000
Element informiranosti	n	Območje *	Povprečje	Stand. odklon	Modus	Koeficient asimetrije	Kolmogorov-Smirnov Z	p-vrednost
Da dobro razumete, kaj vam medicinska sestra razlaga. (1)	182	2–4	3,63	0,548	4	–1,152	0,414	0,000
Da mi poda nadaljnje informacije o moji zdravstveni težavi. (5)	182	1–4	3,12	0,756	3	–0,438	0,239	0,000
Da sem pripravljen/-a spraševati in si zapisovati. (6)	182	1–4	2,93	0,818	3	–0,306	0,241	0,000
Da dobim jasna navodila, kaj storiti, če bi bilo kaj narobe. (8)	182	2–4	3,64	0,536	4	–1,111	0,415	0,000

* Najmanjša-največja vrednost.

Negativne trditve (1, 2, 3) smo repolarizirali tako, da so vrednosti vseh postavk primerljive. Indiferentna kategorija ne vem je bila v analizi obravnavana kot manjkajoča vrednost.

V skladu s tem smo najprej preverili, ali se delež anketiranih pacientov, ki so izbrani element dosegljivosti in informiranosti ovrednotili kot zelo pomemben dejavnik zdravstvene nege, statistično značilno razlikuje od 50 %. V nadaljevanju pa smo testirali še, ali omenjeno velja tudi za domeno izkušenj z zdravstveno nego v SBI. Tako kot pri testiranju prve hipoteze je bila kot referenčna kategorija v sklopu vrednot opredeljen odgovor zelo pomembno (4), v sklopu izkušenj pa da (1) kot kazalnik pozitivne doživete izkušnje pacienta. V skladu s tem smo štiristopenjsko lestvico rekodirali na binarno osnovo (1 = zelo pomembno, 0 = ni zelo pomembno). Večina pacientov pa je bila definirana s hipotetičnim deležem več kot 50 %. Za testiranje razlik v deležih smo uporabili binomski test. Rezultati so prikazani v tabeli 5.

Tabela 5: Binomski test za elemente dosegljivosti in informiranosti zdravstvene nege v SBI, ki so jih vrednotili in doživeli pacienti

Vrednote	Element dosegljivosti		n	Opazovan delež (%)	p-vrednost (dvostranska)	Rang*
	Da ima ta ambulantna dolg delovni čas/24, 12, 8 ur. (2)	zelo pomembno	79	43,4	0,088	3
		ni zelo pomembno	103	56,6		
	Da v tej ambulanti zlahka dobite datum in uro obiska. (3)	zelo pomembno	118	64,8	0,000	1
		ni zelo pomembno	64	35,2		
	Da veste, kako do storitev zvečer, ponoči in med vikendom. (4)	zelo pomembno	110	60,4	0,006	2
		ni zelo pomembno	72	39,6		
	Da mi medicinska sestra ponudi, naj se nanjo obrnem prek telefona ali po e-pošti, če bi imel/-a še kakšna vprašanja. (7)	zelo pomembno	55	30,2	0,000	4
		ni zelo pomembno	127	69,8		
	Element informiranosti		n	Opazovan delež (%)	p-vrednost (dvostranska)	Rang*
Izkušnje	Da dobro razumete, kaj vam medicinska sestra razlaga. (1)	zelo pomembno	121	66,5	0,000	1
		ni zelo pomembno	61	33,5		
	Da mi poda nadaljnje informacije o moji zdravstveni težavi. (5)	zelo pomembno	61	33,5	0,000	2
		ni zelo pomembno	121	66,5		
	Da sem pripravljen/-a spraševati in si zapisovati. (6)	zelo pomembno	48	26,4	0,000	3
		ni zelo pomembno	134	73,6		
	Da dobim jasna navodila, kaj storiti, če bi bilo kaj narobe. (8)	zelo pomembno	121	66,5	0,000	1
		ni zelo pomembno	61	33,5		
Izkušnje	Element dosegljivosti		n	Opazovan delež (%)	p vrednost (dvostranska)	Rang*
	Delovni čas je preveč omejen (2)	ne	102	71,8	0,000	3
		da	40	28,2		
	Ko sem poklical/-a v ambulantno, sem čakal/-a dolgo, preden sem z nekom govoril/-a, da dobim datum in uro obiska. (3)	ne	130	79,8	0,000	2
		da	33	20,2		
	Vem, kako do storitev zvečer, ponoči in med vikendom. (4)	da	113	80,7	0,000	1
		ne	27	19,3		
	Medicinska sestra mi je ponudila, naj se nanjo obrnem prek telefona ali e-pošte, če bi imel/-a še kakšno vprašanje. (7)	da	65	38,5	0,003	4
		ne	104	61,5		

Element informiranosti		n	Opazovan delež (%)	p-vrednost (dvostranska)	Rang*
Nisem prav dobro razumel/-a, kaj mi je razlagal/-a. (1)	ne	114	68,7	0,000	2
	da	52	31,3		
Podajala mi je informacije o moji zdravstveni težavi. (5)	da	65	38,7	0,004	3
	ne	103	61,3		
Povprašala me je, ali sem pripravljen spraševati in si zapisovati. (6)	da	44	26,2	0,000	4
	ne	124	73,8		
Dobil/-a sem jasna navodila, kaj storiti, če bi bilo kaj narobe. (8)	da	149	90,3	0,000	1
	ne	16	9,7		

Testni delež = 50 %.

* Opredeljen po deležu pacientov, ki so komunikacijski element opredelili kot zelo pomemben.

Rezultati so pokazali, da se delež pacientov, ki so izbrano postavko dosegljivosti ovrednotili kot zelo pomemben element zdravstvene nege, statistično pomembno razlikuje od hipotetične vrednosti 50 % (bodisi v pozitivni bodisi negativni smeri) v primeru sedmih postavk. Opazovani deleži nam razgrnejo, da se signifikantno razlikujeta v pozitivni smeri le dva: da zlahka dobi termin obiska (64,8 %) in da pacient ve, kako do storitev zvečer, ponoči in med vikendom (60,4 %). V obeh je izkazan pomembno višji delež pacientov, ki so izbrani element ocenili kot zelo pomembnega glede na delež pacientov, ki ga niso opredelili kot zelo pomembnega.

V skladu s tem lahko potrdimo trditev iz druge hipoteze, ki se nanaša na komponento dosegljivosti za postavki 3 in 4. Do podobne ugotovitve pridemo tudi za postavke informiranosti, signifikantno se v deležih razlikujeta v pozitivni smeri le dve: da dobro razumem, kaj medicinska sestra razlaga, in da dobim jasna navodila, kaj storiti, če bi bilo kaj narobe (obe po 66,5 %). V skladu s tem lahko potrdimo drugo hipotezo v delu, ki se nanaša na komponento informiranosti, in sprejmemo sklep, da večina pacientov vrednoti informiranost zdravstvene nege v SBI kot zelo pomemben dejavnik za dve postavki (1 in 8).

Na drugi strani nam rezultati, ki se nanašajo na pacientove izkušnje, kažejo, da se delež pacientov, ki so potrdili pozitivno doživeto izkušnjo, značilno razlikuje od hipotetične vrednosti 50 % (bodisi v pozitivni bodisi negativni smeri) tako v primeru vseh postavk dosegljivosti in informiranosti. Pri dosegljivosti se delež značilno razlikuje v pozitivni smeri pri treh elementih: delovni čas ni preveč omejen (71,8 %), ko sem poklical v ambulantno, nisem čakal dolgo (79,8 %), in vem, kako do storitev zvečer, ponoči in med vikendom (80,7 %). Pri informiranosti pa se razlike v pozitivni smeri kažejo za: razumel sem, kaj mi je razlagala (68,7 %), in dobil sem jasna navodila, kaj storiti, če bi bilo kaj narobe (90,3 %). Na tej osnovi lahko potrdimo, da ima več kot polovica pacientov pozitivne izkušnje z dosegljivostjo medicinske sestre in informiranosti zdravstvene nege v SBI za tri postavke (2, 3, 4); da ima več kot polovica pacientov pozitivne izkušnje z informiranostjo zdravstvene nege v SBI za dve postavki (1, 8).

Hipoteza 3: Enakopravnost in enakovrednost pacientove obravnave s strani zdravstvene nege je za večino pacientov zelo pomembna vrednota in pozitivna izkušnja, ki jo doživljajo v SBI.

Enakopravnost in enakovrednost pacientove obravnave so anketirani pacienti v sklopu vrednot ocenjevali na štiristopenjski skali (1 = ni pomembno, 4 = zelo pomembno), v sklopu izkušenj pa na binarni osnovi, kjer je 1 pomenila da in 0 ne, z možnostjo odgovora ne vem (3). Negativne trditve (6, 7, 8) smo repolarizirali tako, da so vrednosti vseh postavk primerljive. Indiferentna kategorija ne vem je bila v analizi obravnavana kot manjkajoča vrednost.

Koncept enakopravnosti in enakovrednosti pacientove obravnave s strani zdravstvene nege je bil v vprašalniku izmerjen skozi naslednjih 12 trditev:

1. da je medicinska sestra prijazna in vas prijazno sprejme;
2. da ima dovolj časa za vas;
3. da mi medicinska sestra dá pri svojem delu občutek natančnosti;
4. da z mojimi zdravstvenimi podatki ravna zaupno;
5. da mi dá občutek popolnega zaupanja;
6. da mi ne vzbuja občutka, da morava pohiteti;
7. da nima predsodkov zaradi moje starosti, spola, veroizpovedi ali kulturnega ozadja;
8. da so vsi pacienti enakopravno obravnavani;
9. da medicinske sestre spremljajo in obvladujejo vse dejavnosti v zvezi z mano;
10. da mi razložijo pomen posega in poseg, ki ga bodo opravile pri meni;
11. da medicinske sestre pred mano ne govorijo, kot da me ni;
12. da si medicinske sestre razkužijo roke, preden začnejo izvajati poseg pri meni.

Njihove opisne statistike s Kolmogorov-Smirnovim testom normalnosti so predstavljene v tabeli 6.

Na trditve o enakopravnosti in enakovrednosti pacientove obravnave so podali odgovor prav vsi anketiranci. Med vsemi 12 merjenimi elementi enakopravnosti in enakovrednosti so pacienti v povprečju največji pomen pripisali, da je medicinska sestra prijazna in da

pacienta prijazno sprejme (3,76). Primerjalno najnižji pomen pa so dodelili, da medicinska sestra pacientu ne vzbuja občutka, da mora pohiteti (3,29).

Postavke, da ima medicinska sestra dovolj časa, da daje pacientu občutek popolnega zaupanja in da medicinska sestra pacientu razloži pomen posega, ki ga bodo opravili, ni prav nihče od anketiranih pacientov opredelil kot nepomembnega. Vrednost koeficienta asimetrije je pri vseh trditvah manjša od 0, kar pomeni, da se mnenja pacientov koncentrirajo v zgornji polovici vrednostne skale. S Kolmogorov-Smirnovim testom smo ugotovili, da porazdelitev odstopa od normalne prav pri vseh postavkah ($p \leq 0,05$), kar smo upoštevali v nadaljevanju pri izbiri testov.

Tabela 6: Opisne statistike za elemente enakopravnosti in enakovrednosti zdravstvene nege vrednotenih na štiristopenjski lestvici

Element enakopravnosti in enakovrednosti	n	Območje *	Povprečje	Stand. odklon	Modus	Koeficient asimetrije	Kolmogorov-Smirnov Z	p-vrednost
Da je medicinska sestra prijazna in vas prijazno sprejme. (1)	182	1–4	3,76	0,522	4	–2,339	0,475	0,000
Da ima dovolj časa za vas. (2)	182	2–4	3,53	0,553	4	–0,628	0,361	0,000
Da mi medicinska sestra dá pri svojem delu občutek natančnosti. (3)	182	1–4	3,61	0,591	4	–14,407	0,405	0,000
Da z mojimi zdravstvenimi podatki ravna zaupno. (4)	182	1–4	3,69	0,530	4	–1,724	0,439	0,000
Da mi dá občutek popolnega zaupanja. (5)	182	2–4	3,71	0,477	4	–1,262	0,451	0,000
Da mi ne vzbuja občutka, da morava pohiteti. (6)	182	1–4	3,24	0,754	3	–0,891	0,251	0,000
Da nima predsodkov zaradi moje starosti, spola, veroizpovedi ali kulturnega ozadja. (7)	182	1–4	3,43	0,676	4	–1,005	0,326	0,000
Da so vsi pacienti enakopravno obravnavani. (8)	182	1–4	3,54	0,582	4	–1,003	0,363	0,000
Da medicinske sestre spremljajo in obvladujejo vse dejavnosti v zvezi z mano. (9)	182	1–4	3,39	0,662	4	–0,859	0,300	0,000
Da mi razložijo pomen posega in poseg, ki ga bodo opravile pri meni. (10)	182	2–4	3,60	0,564	4	–1,075	0,401	0,000
Da medicinske sestre pred mano ne govorijo, kot da me ni. (11)	182	1–4	3,37	0,849	4	–1,238	0,341	0,000
Da si medicinske sestre razkužijo roke, preden začnejo izvajati poseg pri meni. (12)	182	1–4	3,62	0,581	4	–1,401	0,405	0,000

* Najmanjša-največja vrednost.

Izkušnje z enakopravno in enakovredno obravnavo s strani zdravstvene nege v SBI so pacienti vrednotili skozi vsebinsko podobne postavke kot v sklopu vrednot:

1. medicinska sestra je bila vljudna in me je prijazno sprejela;
2. vzela/-a si je dovolj časa;
3. medicinska sestra mi je dajala pri svojem delu občutek natančnosti;
4. z mojimi zdravstvenimi podatki je ravnala zaupno;
5. dajala mi je občutek popolnega zaupanja;
6. občutek sem imel/-a, da nima časa;
7. imel/-a je predsodke zaradi moje starosti, spola, veroizpovedi ali kulturnega ozadja;
8. druge paciente so bili obravnavali bolje od mene;
9. medicinske sestre so spremljale in obvladovale vse dejavnosti v zvezi z mano;
10. razložile so mi pomen posega in poseg, ki ga bodo opravile pri meni;
11. pred mano ne govorijo, kot da me ni;
12. preden so začele izvajati poseg pri meni, so si razkužile roke.

Hipotezo 3 smo preverili po analogiji, kot smo jo uporabili pri preverjanju hipotez 1 in 2, uporabili smo binomski test. Rezultati so predstavljeni v tabelah 7 in 8.

Izračuni nam potrdijo, da se delež pacientov, ki so izbrano postavko enakopravnosti in enakovrednosti opredelili kot zelo pomemben element pacientove obravnave, statistično pomembno razlikuje od testne vrednosti 50 % (ne glede na smer) v primeru osmih postavk. Opazovani deleži nam kažejo, da se značilno razlike v deležih v pozitivni smeri vidne kar v primeru sedmih postavk, izjema je le postavka, da mi medicinska sestra ne vzbuja občutka, da morava pohiteti. Primerjalno gledano v pozitivni smeri (med značilnimi) najbolj izstopa postavka, da je medicinska sestra prijazna in vas prijazno sprejme, kar je kot v sam vrh vrednot zdravstvene nege postavilo kar 79,7 % pacientov; na drugi strani pa je v tem oziru najbolj skromna postavka, da ima medicinska sestra dovolj časa za pacienta (56,0 %). Upošteva je signifikanten del rezultatov potrdimo trditev iz tretje hipoteze, ki se nanaša pacientovo vrednotenje enakopravnosti in enakovrednosti pacientove obravnave za sedem elementov (1, 3, 4, 5, 8, 10, 12). Za te torej sprejmemo sklep, da večina pacientov vrednoti enakopravnost in enakovrednost pacientove obravnave kot zelo pomemben dejavnik zdravstvene nege v SBI. Za preostale postavke pa trditev iz hipoteze 3 zavrnilo oziroma ne moremo potrditi (2, 6, 7, 9, 11).

Rezultati, ki izhajajo iz ocenjenih izkušenj, nam kažejo, da se delež pacientov, ki so izbrano postavko enakopravnosti in enakovrednosti opredelili kot pozitivno doživeto izkušnjo v SBI, statistično značilno razlikuje od testne vrednosti 50 % (ne glede na smer) v primeru enajstih postavk. Vrednosti pripadajočih deležev nam potrdijo, da prevladujejo značilne razlike v pozitivni smeri, razen v primeru ene same postavke, in sicer, da medicinske sestre pred pacientom ne govorijo, kot da ga ni. Opazovani deleži pa znašajo približno 80 % ali več. Sicer najbolj izstopa izkušnja, da je bila medicinska sestra vljudna in je pacienta prijazno sprejela (98,9 %) – gre za element, ki ga pacienti uvrščajo na sam vrh vrednot enakopravnosti in enakovrednosti pacientove obravnave. Na drugi strani pa je razmeroma najbolj skromno izražena izkušnja, da so bili drugi pacienti deležni boljše obravnave (79,9 %). Potrdimo trditev iz tretje hipoteze, ki se nanaša pacientove izkušnje z vidika enakopravnosti in enakovrednosti obravnave za enajst od merjenih dvanajst elementov (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12). Za te sprejmemo sklep, da ima večina pacientov pozitivno doživeto izkušnjo z enakopravno in enakovredno obravnavo s strani zdravstvene nege v SBI. Za postavko (11) pa trditev iz hipoteze 3 zavrnamo.

Tabela 7: Binomski test za enakopravnost in enakovrednost pacientove obravnave v SBI vrednotene s strani pacientov

Elementi enakopravnosti in enakovrednosti		n	Opazovan delež (%)	p-vrednost (dvostranska)	Rang*
Da je medicinska sestra prijazna in vas prijazno sprejme. (1)	zelo pomembno	145	79,7	0,000	1
	ni zelo pomembno	37	20,3		
Da ima dovolj časa za vas. (2)	zelo pomembno	102	56,0	0,119	8
	ni zelo pomembno	80	44,0		
Da mi medicinska sestra dá pri svojem delu občutek natančnosti. (3)	zelo pomembno	120	65,9	0,000	4
	ni zelo pomembno	62	34,1		
Da z mojimi zdravstvenimi podatki ravna zaupno. (4)	zelo pomembno	131	72,0	0,000	3
	ni zelo pomembno	51	28,0		
Da mi dá občutek popolnega zaupanja. (5)	zelo pomembno	132	72,5	0,000	2
	ni zelo pomembno	50	27,5		
Da mi ne vzbuja občutka, da morava pohiteti. (6)	zelo pomembno	72	39,6	0,006	11
	ni zelo pomembno	110	60,4		
Da nima predsodkov zaradi moje starosti, spola, veroizpovedi ali kulturnega ozadja. (7)	zelo pomembno	96	52,7	0,505	9
	ni zelo pomembno	86	47,3		
Da so vsi pacienti enakopravno obravnavani. (8)	zelo pomembno	105	57,7	0,045	6
	ni zelo pomembno	77	42,3		
Da medicinske sestre spremljajo in obvladujejo vse dejavnosti v zvezi z mano. (9)	zelo pomembno	87	47,8	0,604	10
	ni zelo pomembno	95	52,2		
Da mi razložijo pomen posega in poseg, ki ga bodo opravile pri meni. (10)	zelo pomembno	117	64,3	0,000	5
	ni zelo pomembno	65	35,7		
Da medicinske sestre pred mano ne govorijo, kot da me ni. (11)	zelo pomembno	104	57,1	0,064	7
	ni zelo pomembno	78	42,9		
Da si medicinske sestre razkužijo roke, preden začnejo izvajati poseg pri meni. (12)	zelo pomembno	120	65,9	0,000	4
	ni zelo pomembno	62	34,1		

Testni delež = 50 %.

* Opredeljen po deležu pacientov, ki so element enakovrednosti in enakopravnosti opredelili kot zelo pomemben.

Tabela 8: Binomski test za enakopravnost in enakovrednost pacientove obravnave v SBI doživete s strani pacientov

Elementi enakopravnosti in enakovrednosti		n	Opazovan delež (%)	p-vrednost (dvostranska)	Rang*
Medicinska sestra je bila vljudna in me je prijazno sprejela. (1)	da	178	98,9	0,000	1
	ne	2	1,1		
Vzel/-a si je dovolj časa. (2)	da	139	82,2	0,000	10
	ne	30	17,8		
Medicinska sestra mi je dajala pri svojem delu občutek natančnosti. (3)	da	153	91,1	0,000	4
	ne	15	8,9		
Z mojimi zdravstvenimi podatki je ravnala zaupno. (4)	da	131	92,3	0,000	3
	ne	11	7,7		
Dajala mi je občutek popolnega zaupanja. (5)	da	145	90,6	0,000	5
	ne	15	9,4		
Občutek sem imel/-a, da nima časa. (6)	ne	143	88,8	0,000	6
	da	18	12,2		
Imel/-a je predsodke zaradi moje starosti, spola, veroizpovedi ali kulturnega ozadja. (7)	ne	157	94,6	0,000	2
	da	9	5,4		
Druge paciente so obravnavali bolje od mene. (8)	ne	115	79,9	0,000	11
	da	29	20,1		
Medicinske sestre so spremljale in obvladovale vse dejavnosti v zvezi z mano. (9)	da	123	86,0	0,000	8
	ne	20	14,0		
Razložile so mi pomen posega in poseg, ki ga bodo opravile pri meni. (10)	da	139	84,8	0,000	9
	ne	25	15,2		
Pred mano ne govorijo, kot da me ni. (11)	da	57	33,7	0,000	12
	ne	112	66,3		
Preden so začele izvajati poseg pri meni, so si razkužile roke. (12)	da	115	88,5	0,000	7
	ne	15	11,5		

Testni delež = 50 %.

* Opredeljen po deležu pacientov, ki so imeli pozitivno izkušnjo z elementom enakovrednosti in enakopravnosti.

Hipoteza 4: Izkušnje pacientov z delom medicinskih sester v urgentni ambulanti se razlikujejo od izkušenj v specialističnih ambulantah.

V zadnji hipotezi smo preverjali, ali obstajajo razlike v izkušnjah z delom medicinskih sester med pacienti, ki so pomoč poiskali v urgentni ambulanti, in tistimi, ki so obiskali specialistično ambulanto. V raziskavo je bilo zajetih 101 (55,5 %) pacientov v urgentnih in 81 (44,5 %) v specialističnih ambulantah.

Za vsako od prej testiranih dimenzij zdravstvene obravnave, tj. komunikacije, dostopnosti, informiranosti, enakopravnosti in enakovrednosti, smo s seštevanjem iz posameznih postavk izpeljali integralne spremenljivke. Ker so definirane na različnem številu postavk, so tudi njihove izpeljane lestvice različne: 11-stopenjska za komunikacijo, 4-stopenjska za dostopnost in informiranosti ter 12-stopenjska za enakopravnost in enakovrednost. Kljub

temu pa višja vrednost pri vseh pomeni boljšo izkušnjo z dano dimenzijo zdravstvene obravnave. Pri izpeljavi smo upoštevali tudi vsebinsko repolarizacijo posameznih trditev, odgovor ne vem smo obravnavali kot manjkajočo vrednost. Njihove osnovne deskriptivne statistike so predstavljene v tabeli 9, njihove porazdelitve vrednosti pa prikazane na sliki 6.

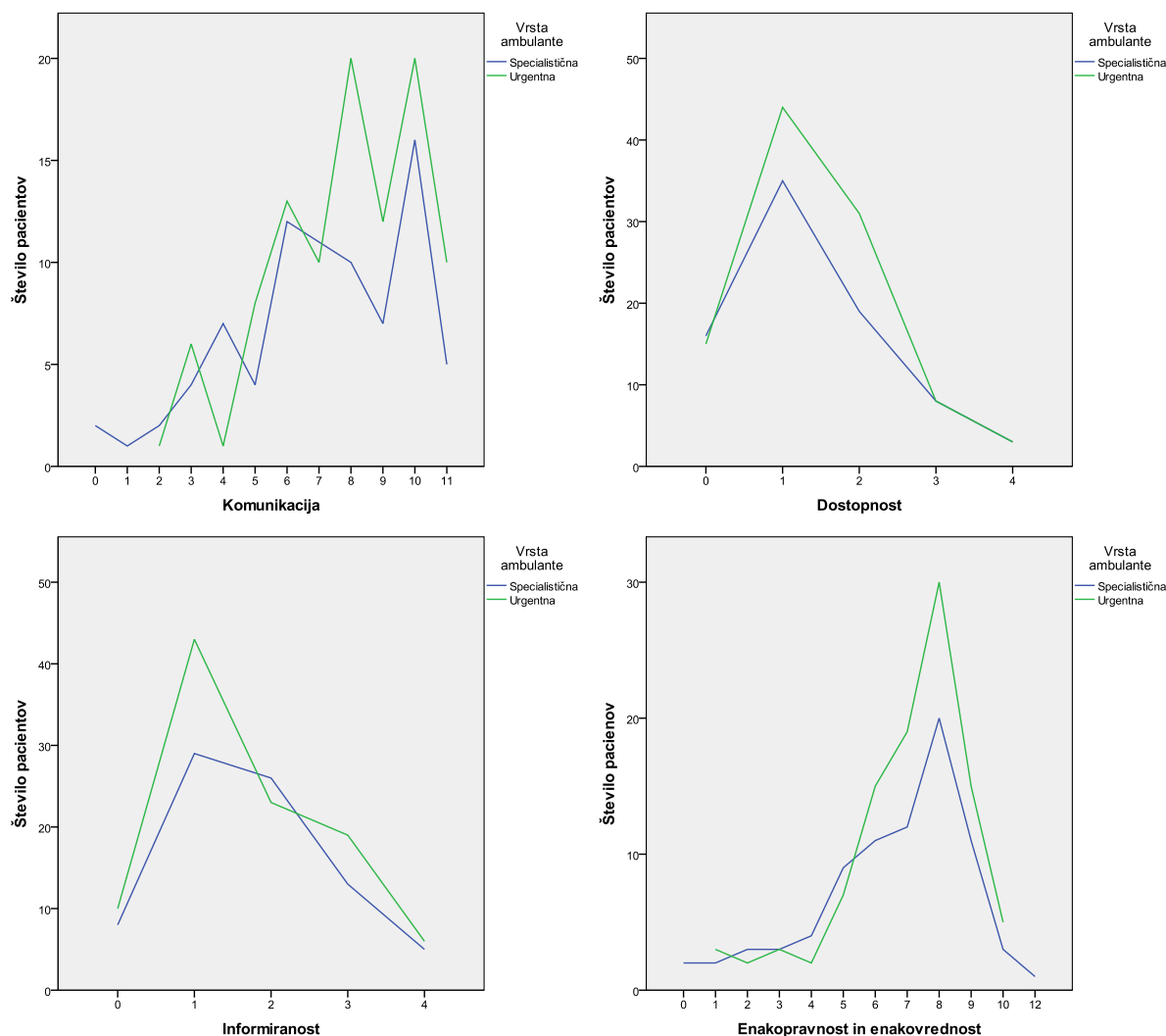
Pri vseh štirih dimenzijah območje pokriva celotno lestvico, torej med anketiranimi pacienti ni bilo nikogar, ki ne bi imel vsaj ene pozitivno doživete izkušnje glede na obravnavane postavke zdravstvene nege, hkrati pa je bil med anketiranimi tudi vsaj en pacient, ki je doživel pozitivno izkušnjo prav na celotnem spektru izbranih elementov zdravstvene nege. Kolmogorov-Smirnov test kaže, da porazdelitve pri vseh štirih značilno odstopajo od normalne. Koeficient asimetrije nam nakazuje, da se v primeru komunikacije in enakopravnosti in enakovrednosti pacienti koncentrirajo v zgornji polovici lestvice, medtem ko se v primeru dostopnosti in informiranosti gostijo v spodnjem delu lestvice, kar je vidno tudi na sliki 6. Sicer je pacient ob zdravstveni obravnavi v SBI doživel pozitivno izkušnjo v povprečju pri približno osmih (od 11) komunikacijskih elementih; enem (od 4) elementu dostopnosti, dveh (od 4) informiranosti in sedmih (od 12) elementih enakopravnosti in enakovrednosti.

Tabela 9: Opisne statistike za izpeljane dimenzije zdravstvene nege na podlagi izkušenj pacientov

Dimenzija	n	Območje*	Povprečje	Stand. odklon	Modus	Mediana	Koeficient asimetrije	Kolmogorov-Smirnov Z	p-vrednost
Komunikacija	182	0–11	7,484	2,511	10	8	–0,641	0,255	0,000
Dostopnost	182	0–4	1,379	0,977	1	1	0,614	0,241	0,000
Informiranost	182	0–4	1,703	1,062	1	2	0,422	0,175	0,000
Enakopravnost in enakovrednost	182	0–12	6,791	2,213	8	7	–0,988	0,131	0,000

* Najmanjša-največja vrednost.

Slika 6: Porazdelitev vrednosti izpeljanih dimenzij zdravstvene nege na podlagi izkušenj pacientov



Za testiranje razlik v izpeljanih dimenzijah med pacienti, ki so obiskali urgentne in specialistične ambulate, smo v nadaljevanju uporabili neparametrični Mann-Whitneyev U-test, saj porazdelitve vseh štirih dimenzij značilno ($p = 0,000$) odstopajo od normalne. Rezultati testa so prikazani v tabeli 10.

Na podlagi rezultatov Mann-Whitneyevega testa trditev iz hipoteze 4, da se izkušnje pacientov z delom medicinskih sester v urgentni ambulanti razlikujejo od izkušenj v specialističnih ambulantah, ne moremo potrditi. Rezultati kažejo, da med skupinama pacientov iz urgentne in specialistične ambulate ne obstajajo statistično značilne razlike glede na obravnavane dimenzije pacientove obravnave, saj p-vrednosti presegajo

opredeljeno stopnjo značilnosti 0,05. Kljub temu ugotovimo, da pacienti iz urgentnih ambulant v primerjavi s pacienti iz specialističnih izkazujejo v povprečju boljše izkušnje obravnave glede na komunikacijo (7,822 vs. 7,062), dostopnost (1,406 vs. 1,346) ter enakovrednost in enakopravnost (7,000 vs. 6,531), vendar se te razlike v povprečnih vrednostih niso potrdile kot signifikantne ($p > 0,05$). Obratno velja za informiranost, kjer ravno pacienti iz specialističnih ambulant beležijo boljše izkušnje kot pacienti iz urgentnih ambulant, vendar se tudi te razlike niso potrdile za statistično pomembne ($p > 0,05$).

Tabela 10: Mann-Whitneyev U-test razlik v dimenzijah zdravstvene nege na podlagi izkušenj med pacienti urgentnih in specialističnih ambulant

		Komunikacija	Dostopnost	Informiranost	Enakopravnost in enakovrednost
Mann-Whitneyev U-test		3482,500	3881,000	3949,000	3649,500
p-vrednost (dvostranska)		0,082	0,530	0,675	0,204
Urgentna ambulanta	N	101	101	101	101
	Povprečni rang	97,52	93,57	90,10	95,87
	Povprečje	7,822	1,406	1,683	7,000
	Stand. odklon	2,269	0,940	1,076	2,005
	Območje*	2–11	0–4	0–4	1–10
Specialistična ambulanta	N	81	81	81	81
	Povprečni rang	83,99	88,91	93,25	86,06
	Povprečje	7,062	1,346	1,728	6,531
	Stand. odklon	2,740	1,027	1,049	2,435
	Območje*	0–11	0–4	0–4	0–12

* Najmanjša-največja vrednost.

4.1.1 Primerjava vrednot in izkušenj pacientov s samooceno dela medicinskih sester

Preučevali smo, katere vrednote in izkušnje pacienti postavljajo v ospredje ter kako so svoje delo ocenile medicinske sestre.

Tabela 11 prikazuje komunikacijske elemente. Nanizani so rezultati, ki prikazujejo vrednote pacientov, njihove izkušnje v primerjavi s samooceno dela medicinskih sester. Pacienti so na najvišje mesto postavili vrednoto, da jim medicinska sestra svetuje in pozorno posluša (70,3 %). Kot najboljšo izkušnjo so doživeli, da je bila medicinska sestra z njimi odkrita (98,5 %). Prav tako je 95,5 % pacientov doživelo, da je medicinska sestra pri komunikaciji z njimi uporabljala besede, kot so hvala, prosim, izvolite; 94 % pacientov je doživelo, da jih je medicinska sestra pri pogovoru upoštevala kot enakovrednega sogovornika. Kakor so pacienti doživeli vljudno komunikacijo, tako 96,2 % medicinskih sester meni, da vljudno komunicira in v 96,2 % vprašajo, ali pacienti vse razumejo.

Tabela 11: Komunikacijski elementi – vrednote – izkušnje – samoocena dela medicinske sestre

	Komunikacijski elementi		n	Opazovan delež (%)
1	Da vam svetuje in pozorno posluša.	zelo pomembno	128	70,3
	Me je pozorno poslušal/-a in mi svetovala.	da	165	93,7
	Jim svetujem in pozorno poslušam.	da	23	88,5
2	Da vas sprašuje o zdravstvenih težavah.	zelo pomembno	82	45,1
	Spraševala me je o mojih zdravstvenih težavah.	da	125	70,6
	Sprašujem jih o zdravstvenih težavah.	da	18	69,2
3	Da me vpraša, ali imam kakšna vprašanja.	zelo pomembno	78	42,9
	Vprašala me je, ali imam še kakšna vprašanja.	da	89	53,6
	Pacienta vprašam, ali ima kakšna vprašanja.	da	20	80,0
4	Da me vpraša, ali sem vse razumel/-a.	zelo pomembno	78	42,9
	Zanimalo jo je, ali sem vse razumel/-a.	da	123	73,7
	Vprašam ga, ali je vse razumel/-a.	da	25	96,2
5	Da medicinska sestra ne prekinja posveta s telefonskimi klici.	zelo pomembno	74	40,7
	Medicinska sestra je prekinjala najin posvet zaradi telefonskih klicev.	ne	104	61,5
	Ali kdaj posvet s pacientom prekinjate zaradi telefonskih klicev?	da	21	80,8
6	Da sem pri pogovoru o svoji zdravstveni težavi odkrit/-a in ne v zadregi.	zelo pomembno	88	48,4
	Spodbujala me je, da sem pri pog. o svoji zdr. težavi odkrit/-a in ne v zadregi.	da	107	65,6
	Pacienti so na splošno pri pogovoru z vami odkriti in niso v zadregi.	da	12	54,5
7	Da se lahko pogovorim o psihosocialnih zadevah (osebne skrbi).	zelo pomembno	66	36,3
	Prisluhnila je potrebi po pogovoru o psihosocialnih zadevah (osebne skrbi).	da	79	51,3
	Pacienti se lahko z vami pogovorijo o psihosocialnih težavah.	da	18	72,0
8	Da medicinska sestra pri komunikaciji z mano uporablja besede prosim, hvala, izvolite.	zelo pomembno	54	29,7
	Medicinska sestra je pri komunikaciji z mano uporabljala besede, kot so prosim, hvala, izvolite.	da	168	95,5
	Pri komunikaciji s pacientom uporabljam besede, kot so prosim, hvala, izvolite.	da	25	96,2
9	Da me naziva z gospod, gospa, je spoštljiva.	zelo pomembno	41	22,5
	Nazivala me je z gospod, gospa, je bila spoštljiva.	da	150	86,2
	Paciente nazivam z gospod, gospa, sem spoštljiv.	da	24	96,0
10	Da je pri pogovoru z mano odkrita.	zelo pomembno	103	56,6
	Pri pogovoru z mano je bila odkrita.	da	134	98,5
	Pri pogovoru s pacientom sem odkrit.	da	24	96,0
11	Da me pri pogovoru upošteva kot enakovrednega sogovornika.	zelo pomembno	96	52,7
	Pri pogovoru me je upoštevala kot enakovrednega sogovornika.	da	157	94,0
	Pri pogovoru paciente upoštevam kot enakovredne sogovornike.	da	24	92,3
12	Ali potrebujete posvetovanja z medicinsko sestro?	da	93	69,4
	Ali ste se do zdaj posvetovali z medicinsko sestro?	da	122	65,3
	Ali pacienti potrebujejo posvete z medicinsko sestro?	da	24	92,3

Tabela 12 prikazuje elemente informiranosti in dosegljivosti. Nanizani so rezultati, ki prikazujejo vrednote pacientov, njihove izkušnje v primerjavi s samooceno dela medicinskih sester. Pri elementih dosegljivosti je pacientom najpomembneje, da v ambulantni zlahka dobijo datum in uro obiska (64,8 %) ter da vedo, kako do storitev zvečer, med vikendi in ponoči (60,4 %). Prav tako so v primeru teh dveh elementov imeli najboljše izkušnje (zlahka so dobili datum in uro obiska 79,8 %, vedeli so, kako do storitev zvečer, med vikendi in ponoči 80,7 %). Medicinske sestre v teh dveh elementih niso enakega mnenja. Pri elementih informiranosti je pacientom najpomembneje, da razumejo, kaj jim medicinska sestra razlaga in da dobijo jasna navodila, če bi bilo kaj narobe, prav tako so imeli v teh dveh elementih najboljše izkušnje. Medicinske sestre pa menijo, da pacientom jasno podajajo navodila, ki jih dobro razumejo.

Tabela 12: Elementi dosegljivosti in informiranosti – vrednote – izkušnje – samoocena dela medicinske sestre

	Elementi dosegljivosti		n	Opazovan delež (%)
1	Da ima ta ambulantna dolga delovna čas.	zelo pomembno	79	43,4
	Delovni čas je preveč omejen.	ne	102	71,8
	Naša ambulantna ima dolga delovna čas.	da	20	76,9
2	Da v tej ambulanti zlahka dobite datum in uro obiska.	zelo pomembno	118	64,8
	Ko sem poklical/-a v ambulantno, sem čakal/-a dolgo, preden sem z nekom govoril/-a, da dobim datum in uro obiska.	ne	130	79,8
	Pacienti v tej ambulanti zlahka dobijo datum in uro obiska.	da	17	65,4
3	Da veste, kako do storitev zvečer, ponoči in med vikendom.	zelo pomembno	110	60,4
	Vem, kako do storitev zvečer, ponoči in med vikendom.	da	113	80,7
	Pacienti vedo, kako do storitev zvečer, ponoči in med vikendom.	da	14	53,8
4	Da mi medicinska sestra ponudi, naj se nanjo obrnem prek telefona ali po e-pošti, če bi imel/-a še kakšna vprašanja.	zelo pomembno	55	30,2
	Medicinska sestra mi je ponudila, naj se nanjo obrnem prek telefona ali po e-pošti, če bi imel/-a še kakšno vprašanje.	da	65	38,5
	Pacientu ponudim, naj se name obrne prek telefona ali po e-pošti, če bi imel/-a še kakšna vprašanja.	da	9	34,6
	Elementi informiranosti		n	Opazovan delež (%)
1	Da dobro razumete, kaj vam medicinska sestra razlaga.	zelo pomembno	121	66,5
	Nisem prav dobro razumel/-a, kaj mi je razlagal/-a.	ne	114	68,7
	Pacienti dobro razumejo, kaj jim razlagam.	da	18	69,2
2	Da mi poda nadaljnje informacije o moji zdravstveni težavi.	zelo pomembno	61	33,5
	Podajala mi je informacije o moji zdravstveni težavi.	da	65	38,7
	Pacientu podajate nadaljnje informacije o njegovi zdravstveni težavi.	da	17	65,4
3	Da sem pripravljen/-a spraševati in si zapisovati.	zelo pomembno	48	26,4
	Povprašala me je, ali sem pripravljen spraševati in si zapisovati.	da	44	26,2
	Pacienti so pripravljeni spraševati in si zapisovati.	da	7	26,9
4	Da dobim jasna navodila, kaj storiti, če bi bilo kaj narobe.	zelo pomembno	121	66,5
	Dobil/-a sem jasna navodila, kaj storiti, če bi bilo kaj narobe.	da	149	90,3
	Podam mu jasna navodila, kaj storiti, če bi bilo kaj narobe.	da	25	96,2

Tabela 13 prikazuje elemente enakopravnosti in enakovrednosti. Nanizani so rezultati, ki prikazujejo vrednote pacientov, njihove izkušnje v primerjavi s samooceno dela medicinskih sester. Pri elementih enakovrednosti in enakopravnosti je pacientom najpomembnejše, da je medicinska sestra prijazna in jih prijazno sprejme (79,7 %), prav tako so imeli v primeru tega elementa najboljše izkušnje (98,9 %). Medicinske sestre so mnenja, da so prijazne do pacientov, jih prijazno sprejmejo, s podatki ravnajo zaupno, pacientom razložijo poseg, ki ga bodo opravljale, in si pred posegom razkužijo roke (96,2 %).

Tabela 13: Elementi enakopravnosti in enakovrednosti – vrednote – izkušnje – samoocena dela medicinske sestre

	Elementi enakopravnosti in enakovrednosti		n	Opazovan delež (%)
1	Da je medicinska sestra prijazna in vas prijazno sprejme. Medicinska sestra je bila vljudna in me je prijazno sprejela. Do pacientov sem prijazen/-a in jih prijazno sprejemem.	zelo pomembno	145	79,7
		da	178	98,9
		da	25	96,2
2	Da ima dovolj časa za vas. Vzel/-a si je dovolj časa. Za njih imam dovolj časa.	zelo pomembno	102	56,0
		da	139	82,2
		da	7	26,9
3	Da mi medicinska sestra dá pri svojem delu občutek natančnosti. Medicinska sestra mi je dajala pri svojem delu občutek natančnosti. Pacient ima pri mojem delu občutek natančnosti.	zelo pomembno	120	65,9
		da	153	91,1
		da	10	38,5
4	Da z mojimi zdravstvenimi podatki ravna zaupno. Z mojimi zdravstvenimi podatki je ravnala zaupno. Z njegovimi zdravstvenimi podatki ravnam zaupno.	zelo pomembno	131	72,0
		da	131	92,3
		da	25	96,2
5	Da mi dá občutek popolnega zaupanja. Dajala mi je občutek popolnega zaupanja. Prav tako jim dajem občutek popolnega zaupanja.	zelo pomembno	132	72,5
		da	145	90,6
		da	19	73,1
6	Da mi ne vzbuja občutka, da morava pohiteti. Občutek sem imel/-a, da nima časa. Pacientu ne vzbujam občutka, da morava pohiteti.	zelo pomembno	72	39,6
		ne	143	88,8
		ne	14	53,8
7	Da nima predsodkov zaradi moje starosti, spola, veroizpovedi ali kulturnega ozadja. Imel/-a je predsodke zaradi moje starosti, spola, veroizpovedi ali kulturnega ozadja. Nimam predsodkov zaradi pacientove starosti, spola, veroizpovedi ali kulturnega ozadja.	zelo pomembno	96	52,7
		ne	157	94,6
		ne	13	50,0
8	Da so vsi pacienti enakopravno obravnavani. Drugi pacienti so bili obravnavani bolje od mene. Vsi pacienti so enakopravno obravnavani.	zelo pomembno	105	57,7
		ne	115	79,9
		da	23	88,5
9	Da medicinske sestre spremljajo in obvladujejo vse dejavnosti v zvezi z mano. Medicinske sestre so spremljale in obvladovale vse dejavnosti v zvezi z mano. Spremljam in obvladujem vse dejavnosti v zvezi s pacientom.	zelo pomembno	87	47,8
		da	123	86,0
		da	21	80,8
10	Da mi razložijo pomen posega in poseg, ki ga bodo opravile pri meni. Razložile so mi pomen posega in poseg, ki ga bodo opravile pri meni. Pacientu razložim pomen posega in poseg, ki ga bom opravil/-a pri njem.	zelo pomembno	117	64,3
		da	139	84,8
		da	25	96,2
11	Da medicinske sestre pred mano ne govorijo, kot da me ni. Pred mano ne govorijo, kot da me ni. Pred njim ne govorim, kot da ga ni.	zelo pomembno	104	57,1
		ne	112	66,3
		ne	18	69,2
12	Da si medicinske sestre razkužijo roke, preden začnejo izvajati poseg pri meni. Preden so začele izvajati poseg pri meni, so si razkužile roke. Preden začnem izvajati poseg pri njem, si razkužim roke.	zelo pomembno	120	65,9
		da	115	88,5
		da	25	96,2

5 RAZPRAVA

Zadovoljstvo pacienta je širok pojem. Zajema veliko dejavnikov, ki se med seboj dopolnjujejo. Mednje vsekakor sodijo sistemski dejavniki, dejavniki medosebnega odnosa in upoštevanje etičnih načel, kar predstavlja tudi del profesionalnega odnosa do pacienta. Na koncu obravnave si tako vsak pacient ustvari svoje mnenje in oceni obravnavo. Sistematično zbiranje in analiza teh ocen lahko pozitivno vpliva na kakovost obravnave. Vendar je raziskovanje zadovoljstva pacientov še vedno premalo razširjeno.

S pomočjo anketnega vprašalnika smo preučevali vrednote pacientov in njihove izkušnje z negovalnim osebjem. Osredotočili smo se na štiri elemente: elemente komunikacije, elemente dosegljivosti, elemente informiranosti, elemente enakopravnosti in enakovrednosti.

Pri elementih komunikacije (Tabela 11) smo pacientom in medicinskim sestram postavili 12 trditev/vprašanj. V prvem delu vprašalnika smo samo paciente spraševali, katere vrednote postavljajo v ospredje, v drugem pa, kakšne so bile njihove izkušnje z delavci zdravstvene nege. Rezultate smo primerjali s predelano literaturo. Nekatere trditve pa smo primerjali z določenimi deli raziskav (raziskava v SB Jesenice leta 2013 (89), anketa na Onkološkem inštitutu v Ljubljani leta 2003 (86), raziskavi na Golniku leta 2008 (18)).

Prvo trditev (da vam medicinska sestra svetuje in pozorno posluša) so pacienti med vsemi dvanajstimi ocenili kot najpomembnejšo vrednoto elementov komunikacije, in sicer z oznako zelo pomembno v 70,3 %, pozitivno izkušnjo pa so imeli kar v 93,7 %, prav tako pa medicinske sestre ocenjujejo same sebe, da v 88,5 % paciente pozorno poslušajo in jim svetujejo. Iz predelane literature lahko povzamemo, da je pozorno poslušanje medicinske sestre za pacienta izrednega pomena, saj na ta način tudi spodbudi terapevtsko komunikacijo. Prav tako pa ima tudi tišina veliko terapevtsko uporabnost, saj pacientu dovoljuje, da vodi notranji dialog, obdeluje informacije in mu hkrati daje čas za razmislek, da najde pravo besedo za opis njegove situacije.

Za drugo trditev (da vas medicinska sestra sprašuje o zdravstvenih težavah) so kot zelo pomembno vrednoto označili s 45,1 %, pozitivno izkušnjo so imeli v 70,6 %, medicinske sestre pa so se ocenile, da v 69,2 % paciente sprašujejo o njihovih zdravstvenih težavah. Vstopiti v svet druge osebe in zaznati ter videti situacijo z njenega zornega kota nam omogoči boljše razumevanje težav pacienta, njemu pa daje občutek, da v dani situaciji ni sam. Šmitek (59) navaja, da skrb za pacienta povečuje njegovo zadovoljstvo in zvišuje kakovost zdravstvene oskrbe.

Tretjo trditev (da me vpraša, ali imam kakšna vprašanja) so pacienti vrednotili kot zelo pomembno vrednoto v 42,9 %, delo medicinskih sester so v zvezi s tem pozitivno ocenili kot 53,6 %, medicinske sestre pa menijo, da to delo pozitivno opravljajo z 80,0 %. V komunikaciji vedno nastopata vsaj dve osebi, zato je ne komunicirati nemogoče. Včasih si pacient ne upa postaviti dodatnih vprašanj, zato pa medicinska sestra na miren in zaupljiv način skuša pridobiti posameznika v pogovor (50). S tem pa pacienta spodbudimo in vzpostavimo komunikacijo mi.

Četrto trditev (da me vpraša, ali sem vse razumel) pacienti označujejo kot zelo pomembno vrednoto z 42,9 %, izkušnje pacientov so bile pozitivne v 73,7 %, medicinske sestre pa menijo, da v 96,2 % paciente povprašajo, ali so vse razumeli. Brvar (49) v literaturi navaja, da je čustveno ali zdravstveno stanje pacientov velikokrat spremenjeno v takšni meri, da niso sposobni vzpostaviti ustrezne komunikacije. Pacient je lahko pred, med ali po obravnavi manj dovzeten za informacije, delo medicinske sestre pa je, da ga povpraša o njegovem razumevanju podanih informacij, saj s tem zvišamo raven zdravstvene oskrbe.

Peto trditev (da medicinska sestra ne prekinja posveta s telefonskimi klici) so kot zelo pomembno vrednoto pacienti ocenili v 40,7 %, 61,5 % pacientov je imelo pozitivno izkušnjo, medicinske sestre pa so odgovorile, da so kar v 80,8 % posvet prekinile zaradi telefonskih klicev. Filipič (46) govori o tem, da so raziskave pokazale, da pacienti ne razumejo celo 50 % tistega, kar jim zdravstveni delavci povedo, vse to še poslabšajo motnje okolice, kot so lahko tudi telefonski klici. V naši raziskavi rezultati kažejo, da več kot polovica pacientov tega ni opazila, odgovori medicinskih sester pa kažejo, da ni tako.

Šesto trditev (da sem pri pogovoru o svoji zdravstveni težavi odkrit in ne v zadregi) so kot zelo pomembno vrednoto pacienti ocenili z 48,4 %, pozitivno izkušnjo jih je imelo 65,6 %, medicinske sestre pa so mnenja, da jih ni v zadregi dobra polovica 54,5 %. Velikokrat že sam nastop zdravstvenega osebja pri pacientu ustavi željo po pogovoru ali pa se pacient želi pogovoriti, vendar opazi, da medicinska sestra nima dovolj časa ali ni možnosti zagotoviti ustreznega prostora za pogovor. Pacienti se zato raje odločajo za oskrbo v ustanovah, v katerih vladajo topli odnosi in spoštovanje, poudarja Filipič (46).

Sedmo trditev (da se lahko pogovorim o psihosocialnih zadevah) pacienti vrednotijo kot zelo pomembno le v 36,3 %, pozitivno izkušnjo so imeli v 51,3 %, medicinske sestre pa so v 72,0 % bile pripravljene, da se pacienti lahko pogovorijo z njimi o svojih težavah. V raziskavi SB Jesenice je bilo 61,9 % anketiranih mnenja, da se lahko pogovorijo z medicinskimi sestrami o svojih težavah (89).

Osmo trditev (da medicinska sestra pri komunikaciji z mano uporablja besede prosim, hvala, izvolite) pacienti vrednotijo kot zelo pomembno le z 29,7 %, izkušnje so bile pozitivne v 95,5 %, prav tako pa so medicinske sestre odgovorile z da v 96,2 %, uporabljajo zgoraj navedene besede. Šmitek (84) poudarja, da medicinska sestra s primerno komunikacijo vzpostavi medsebojni odnos do pacienta, ki ga potem oceni kot primerne ali neprimerne.

Deveto trditev (da me naziva z gospod, gospa, je spoštljiva) pacienti kot zelo pomembno vrednoto ocenjujejo z 22,5 %, vendar so kar v 86,2 % doživeli pozitivno izkušnjo, medicinske sestre pa so mnenja, da so v 96,0 % spoštljive do pacientov. Leta 2003 je bila izvedena anketa na Onkološkem inštitutu v Ljubljani, kjer so pacienti ocenili ta del dela medicinskih sester z oceno 4,88/5 točkami (86). V raziskavi na Golniku so medicinske sestre imele spoštljiv odnos do pacientov v 25 % (18).

Deseto trditev (da je pri pogovoru z mano odkrita) pacienti kot zelo pomembno vrednoto ocenjujejo s 56,6 %, izkušnje pacientov so bile pozitivne v 98,5 %, prav tako pa medicinske sestre navajajo, da so s pacienti med pogovorom odkrite v 96,0 %. Pristnost, toplina in prejemanje dajejo pri komunikaciji s pacientom humanistično dimenzijo.

Pristen človek lahko izrazi, kar občuti in pri tem ničesar ne skriva, to pa je za paciente zelo pomembno. Gosarič (45) poudarja, da je pomembno ustvariti vzdušje iskrenosti in medsebojnega zaupanja.

Enajsto trditev (da me pri pogovoru upošteva kot enakovrednega sogovornika) so pacienti ocenili kot zelo pomembno vrednoto v 52,7 %, izkušnje so imeli pozitivne v 94,0 %, medicinske sestre pa so mnenja, da paciente v 92,3 % upoštevajo kot enakovredne sogovornike. V raziskavi na Onkološkem inštitutu v Ljubljani leta 2003 so pacienti ocenili spoštljivost medicinskih sester s 4,91/5 točkami (86).

Na dvanajsto vprašanje (ali potrebujete posvetovanja z medicinsko sestro?) so pacienti z da odgovorili v 69,4 %, z medicinsko sestro se jih je posvetovalo 65,3 %, prav tako pa so medicinske sestre v 92,3 % mnenja, da pacienti potrebujejo posvete z njimi. Podajanje informacij je izrednega pomena, saj so pacienti bolj osveščeni. Mlakar (50) meni, da so medicinske sestre v tem primeru v veliko pomoč pacientom, kadar jih potrebujejo.

V današnjem hitrem tempu življenja in veliki obremenjenosti na delovnem mestu premalokrat posvečamo pozornost komunikaciji in s tem posvečanju vsakemu posamezniku. Vendar je prav komunikacija ključnega pomena zdravstvene oskrbe, kar potrjuje tudi študij predelane literature. V raziskavi pri elementih komunikacije kot najvišjo vrednoto dela medicinskih sester pacienti postavljajo v ospredje kot zelo pomembno to, da jih medicinska sestra posluša in jim svetuje, kar so tudi pozitivno izkusili. Prav tako visoko vrednotijo to, da so delavci zdravstvene nege do njih odkriti in da jih pri pogovoru upoštevajo kot enakovredne sogovornike, tako z odkritostjo kot tudi enakovrednostjo so imeli pozitivne izkušnje. Pridobljeni rezultati naše raziskave so primerljivi z drugimi rezultati raziskav, ki so bile izvedene v SB Jesenice leta 2013 (89), anketa na Onkološkem inštitutu v Ljubljani leta 2003 (86), raziskavi na Golniku leta 2008 (18).

Pri elementih dosegljivosti (Tabela 12) smo pacientom in medicinskim sestram postavili štiri vprašanja/trditve. Pridobili smo rezultate, ki prikazujejo vrednote pacientov, njihove izkušnje in samooceno medicinskih sester o opravljanju svojega dela.

Trditev (da ima ta ambulanta dolg delovni čas) so pacienti označili kot zelo pomembno vrednoto v 43,4 %, v 71,8 % jih je imelo izkušnje in so mnenja, da delovni čas ni preveč omejen, 76,9 % medicinskih sester pa so mnenja, da imajo ambulate dolg delovni čas. Zdravstveno varstvo je urejeno na treh ravneh. V zakonodaji je določeno, koliko ur naj bodo ambulate na voljo pacientom, po tem času pa jim je v nujnih primerih tako na primarni kakor sekundarni in terciarni ravni na razpolago urgentna ambulanta (10).

Trditev (da v tej ambulanti zlahka dobite datum in uro obiska) vrednoti 64,8 % pacientov kot zelo pomembno, 79,8 % pacientov je imelo pozitivno izkušnjo, 65,4 % medicinskih sester pa je mnenja, da pacienti zlahka dobijo datum in uro obiska v ambulanti. Glede na dobljene rezultate analize bi bilo smiselno in organizirano stopiti do te problematike v SBI ter omogočiti pacientom boljši dostop do možnosti najave obiska. Kersnik (1) tudi navaja, da so pacienti, ki čakajo v čakalnici krajši čas, tudi bolj zadovoljni.

Trditev (da veste, kako do storitev zvečer, ponoči in med vikendom) vrednoti 60,4 % pacientov kot zelo pomembno, pozitivno izkušnjo jih je imelo 80,7 %, 53,8 % vprašanih medicinskih sester meni, da pacienti vedo, kako do storitev. Pri samem informiranju pacientov nam pomagajo tudi mediji, ki so še kako pomembni v vsakdanjem življenju.

Trditev (da mi medicinska sestra ponudi, naj se nanjo obrnem prek telefona ali po e-pošti, če bi imel/-a kakšna vprašanja) vrednotijo pacienti kot zelo pomembno le v 30,2 %, pozitivno izkušnjo so pacienti imeli v 38,5 %, medicinske sestre pa trdijo, da so pacientom ponudile to možnost v 34,6 %. Možnost stika prek navedenih opcij pacientu dá občutek, da v primeru nastale težave ni ostal sam in da bo dobil ustrezno informacijo, ko jo potrebuje. Vendar rezultati analize kažejo na slabo ponudbo teh možnosti tako s strani medicinskih sester kot tudi pacienti ne vrednotijo tega kot pomembno možnost stika.

Pri elementih dosegljivosti kot najvišjo vrednoto dela medicinskih sester pacienti postavljajo v ospredje kot zelo pomembno to, da zlahka dobijo datum in uro obiska, česar so bili tudi večinoma deležni. Prav tako pa v ospredje postavljajo tudi to, da vedo, kako do storitev zvečer, ponoči in med vikendom, kar pa so bili v največji meri tudi deležni.

Pri elementih informiranosti (Tabela 12) smo pacientom postavili štiri vprašanja/trditve. Pridobili smo rezultate, ki prikazujejo vrednote pacientov, njihove izkušnje in samooceno medicinskih sester o opravljanju svojega dela. Pridobljene rezultate smo primerjali z določenimi segmenti nacionalne ankete, ki je potekala tudi v SBI leta 2006 (87), kot z deli raziskav, izvedenih tudi v drugih ustanovah (raziskava v SB Jesenice leta 2013 (89), anketa na Onkološkem inštitutu v Ljubljani leta 2003 (86), raziskavi na Golniku leta 2008 (18)).

Trditev (da dobro razumete, kaj vam medicinska sestra razlaga) je kot zelo pomembno vrednoto označilo 66,5 % pacientov, v 68,7 % so doživeli pozitivno izkušnjo, medicinske sestre pa so z 69,2 % potrdile, da pacienti razumejo njihovo razlago. V nacionalni anketi so pacienti v SBI odgovorili, da dobijo odgovore na njim razumljiv način od 3 do 4 na ocenjevalni lestvici od 1 do 5 (87). V SB Jesenice pa so pacienti dobili od medicinskih sester odgovore na njim razumljiv način v 82,7 % (89).

Trditev (da mi poda nadaljnje informacije o moji zdravstveni težavi) pacienti vrednotijo kot zelo pomembno le v 33,5 %, pozitivno izkušnjo so imeli v 38,7 %, 65,4 % medicinskih sester pa pritrdi, da pacientom podaja nadaljnje informacije. V nacionalni anketi leta 2006 o izkušnjah pacientov v bolnišnici (86) je v SBI imelo več kot 75 % pacientov pozitivno izkušnjo.

Trditev (da sem pripravljen spraševati in si zapisovati) vrednoti le 26,4 % pacientov kot zelo pomembno, 26,2 % pacientov je imelo pozitivno izkušnjo, medicinske sestre pa povedo, da so pacienti le v 26,9 % pripravljeni spraševati in si zapisovati. Prikazani rezultati kažejo na to, da je treba pacientom predstaviti pomen in dobre strani spraševanja ter zapisovanja za njih pomembnih podatkov.

Trditev (da dobim jasna navodila, kaj storiti, če bi bilo kaj narobe) vrednoti 66,5 % pacientov kot zelo pomembno, v 90,3 % so pacienti dobili jasna navodila, 96,2 % medicinskih sester pa trdi, da pacientom podajo jasna navodila. Dobro informirani pacienti lažje premagujejo nastale težave in v dani situaciji znajo poiskati ustrezno pomoč.

Pri elementih informiranosti kot najvišjo vrednoto dela medicinskih sester pacienti postavljajo v ospredje kot zelo pomembno to, da dobijo jasna navodila, če bi bilo kaj narobe, česar so tudi v zelo visokem odstotku bili deležni. Prav tako je za njih zelo pomembna vrednota to, da razumejo, kaj jim medicinska sestra razlaga, česar so bili tudi v visokem odstotku deležni.

Pri elementih enakopravnosti in enakovrednosti (Tabela 13) smo pacientom postavili 12 vprašanj/trditev. Pridobili smo rezultate, ki prikazujejo vrednote pacientov, njihove izkušnje in samooceno medicinskih sester o opravljanju svojega dela. Rezultate naše raziskave smo primerjali z določenimi deli raziskav v drugih ustanovah (raziskava v SB Jesenice leta 2013 (89), anketa na Onkološkem inštitutu v Ljubljani leta 2003 (86), raziskavi na Golniku leta 2008 (18), Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor leta 2006 (4)).

Trditev (da je medicinska sestra prijazna in vas prijazno sprejme) 79,7 % pacientov vrednoti kot zelo pomembno, pozitivno izkušnjo so imeli v 98,9 %, prav tako 96,2 % medicinskih sester meni, da so prijazne. V SB Jesenice je bila opravljena raziskava in so pacienti prijaznost medicinskih sester pozitivno ocenili z 89,7 % (89). Kersnik v svoji raziskavi navaja, da so pacienti ocenili sprejem medicinske sestre v urgentni službi s povprečno oceno 3,88 (1). V raziskavi na Golniku pa so imele medicinske sestre vljuden odnos do pacientov v 80,8 % (18).

Trditev (da ima dovolj časa za vas) 56,0 % pacientov vrednoti kot zelo pomembno, v 82,2 % so imeli pozitivno izkušnjo, medicinske sestre pa menijo, da nimajo dovolj časa za paciente, saj je le 26,9 % medicinskih sester mnenja, da imajo dovolj časa. Prikazani rezultati kažejo preobremenjenost medicinskih sester na določenih deloviščih, kar dolgoročno lahko privede do poklicnega izgorevanja. Zato so potrebne vaje za lasten razvoj medicinskih sester za uspešno spoprijemanje s stresom in občutkom izgorevanja na delovnem mestu (48).

Trditev (da mi medicinska sestra dá pri svojem delu občutek natančnosti) kot zelo pomembno vrednoti 65,9 % pacientov, pozitivno izkušnjo so imeli v 91,1 %, medicinske

sestre pa so mnenja, da pacienti nimajo občutka natančnosti pri njihovem delu, saj jih le 38,5 % meni obratno.

Trditev (da z mojimi podatki ravna zaupno) vrednoti 72,0 % pacientov kot zelo pomembno, 92,3 % meni, da je bilo tako, 96,2 % medicinskih sester pa trdi, da z zdravstvenimi podatki ravna zaupno. Jus (4) pa v svoji raziskavi navaja, da 50 % anketiranih zaposlenih razpravlja o svojem delu in pacientih zunaj svojega zdravstvenega tima.

Trditev (da mi dá občutek popolnega zaupanja) vrednoti 72,5 % pacientov kot zelo pomembno, v 90,6 % so imeli pozitivno izkušnjo, 73,1 % medicinskih sester pa trdi, da pacientom daje občutek popolnega zaupanja. Šmitek (84) pravi, da se zaupanje med medicinsko sestro in pacientom gradi na medsebojnih odnosih in razumevanju.

Trditev (da mi ne vzbuja občutka, da morava pohiteti) vrednoti le 39,6 % pacientov kot zelo pomembno, v 88,8 % pacienti niso imeli občutka, da medicinska sestra nima časa, v 53,8 % pa medicinske sestre pacientom ne vzbuja občutka, da morajo pohiteti. Hajdinjak (22) navaja, da je treby zagotoviti kriterije standardov strukture zaposlenih, če želimo dosegati dobre rezultate. Velikokrat pa medicinska sestra nima dovolj časa za posameznega pacienta, vzrok za to je lahko, da delodajalec ne upošteva določenih standardov.

Trditev (da nima predsodkov zaradi moje starosti, spola, veroizpovedi ali kulturnega ozadja) kot zelo pomembno vrednoti 52,7 % pacientov. Pozitivno izkušnjo so imeli v 94,6 %, polovica medicinskih sester ima, druga polovica nima teh predsodkov. V centru za nujno medicinsko pomoč Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor Jus (4) navaja, da je bila opravljena raziskava med zaposlenimi; rezultati o enakovredni obravnavi pacientov tuje narodnosti in veroizpovedi so bili nekoliko slabši kot v SBI, in sicer 72 % anketiranih se do teh pacientov vede neetično.

Trditev (da so vsi pacienti enakopravno obravnavani) pacienti v 57,7 % vrednotijo kot zelo pomembno, v 79,9 % so imeli pozitivno izkušnjo, 88,5 % medicinskih sester je mnenja, da

so pacienti enakopravno obravnavani. V raziskavi na Golniku so pacienti v 94,1 % odgovorili, da so bili deležni enakopravne obravnave (18).

Trditev (da medicinske sestre spremljajo in obvladujejo vse dejavnosti v zvezi z mano) vrednoti 47,8 % pacientov kot zelo pomembno, 86,0 % jih je imelo pozitivno izkušnjo, 80,8 % medicinskih sester meni, da obvladuje vse dejavnosti v zvezi s pacientom. V nacionalni anketi leta 2006 so pacienti SBI bili z delom medicinskih sester na tem področju zadovoljni (87). Na Onkološkem inštitutu v Ljubljani pa so pacienti ocenili ta del dela medicinskih sester z oceno 4,74/5 točkami (86).

Trditev (da mi razložijo pomen posega in poseg, ki ga bodo opravile pri meni) pacienti v 64,3 % vrednotijo kot zelo pomembno, 84,8 % anketiranih je imelo pozitivno izkušnjo, 96,2 % medicinskih sester pa meni, da pacientu vse razložijo. V nacionalni anketi leta 2006 so bili pacienti SBI manj zadovoljni kot v naši raziskavi (87). Na Onkološkem inštitutu v Ljubljani pa so pacienti ocenili medicinske sestre z oceno 4,77/5 (86). V raziskavi na Golniku pa so pacienti v 85,4 % doživeli, da so jim medicinske sestre vedno razložile, kakšen poseg bodo opravile (18).

Trditev (da medicinske sestre pred mano ne govorijo, kot da me ni) vrednoti 57,1 % pacientov kot zelo pomembno, v 66,3 % so imeli pozitivno izkušnjo, 69,2 % medicinskih sester pa meni, da pred pacientom ne govori, kot da ga ni. Pacienti so v odgovorih nacionalne ankete leta 2006 odgovorili, da v SBI medicinske sestre pred njimi ne govorijo, kot da jih ni (87). V SB Jesenice v anketi, opravljeni 2013, prav tako pacienti v 88,8 % odgovorijo, da pred njimi nikoli ne govorijo, kot da jih ni (89). V raziskavi na Golniku so pacienti v 82,4 % menili, da medicinske sestre pred njimi ne govorijo, kot da jih ni in jih vključujejo v pogovor (18).

Trditev (da si medicinske sestre razkužijo roke, preden začnejo izvajati poseg pri meni) pacienti v 65,9 % vrednotijo kot zelo pomembno, v 88,5 % so imeli pozitivno izkušnjo, 96,2 % medicinskih sester pa trdi, da si pred posegom razkužijo roke. V nacionalni anketi leta 2006 so pacienti SBI odgovorili, da si medicinske sestre razkužijo roke pred izvedbo posegov (87).

Pri elementih enakopravnosti in enakovrednosti kot najvišjo vrednoto dela medicinskih sester pacienti postavljajo v ospredje kot zelo pomembno to, da je medicinska sestra prijazna in jih prijazno sprejme, česar so bili v najvišjem odstotku tudi deležni. Kot drugo pomembno vrednoto so navedli, da jim medicinska sestra dá občutek popolnega zaupanja in da z njegovimi podatki ravna zaupno, česar so bili v primeru obeh vrednot visoko deležni.

Z raziskavo smo ugotovili, da prihaja do razlik v zadovoljstvu z negovalnim osebjem na vključenih dveh različnih oddelkih (urgenca, specialistične ambulate) SBI. Čeprav so odstopanja majhna, so na področju komunikacije, dostopnosti, enakovrednosti in enakopravnosti pacienti, obravnavani na urgenci, izkazovali boljše izkušnje. Menimo, da je lahko vzrok temu stanje pacienta, ki potrebuje nujno pomoč in je posledično bolj zadovoljen. V primeru informiranosti pa imajo pacienti boljše izkušnje v specialističnih ambulantah. Vzrok temu je lahko dejstvo, da so pacienti naročeni, delo je načrtovano in ima medicinska sestra tako več časa za posameznega pacienta.

S pomočjo rezultatov raziskave smo prišli do naslednjih zaključkov pri postavljenih štirih hipotezah.

Hipoteza 1: Večina pacientov vrednoti komunikacijske elemente zdravstvene nege v SBI kot zelo pomembne.

Hipotezo smo potrdili le v primeru dveh komunikacijskih elementov, in sicer (1 in 12). Večina pacientov kot zelo pomemben dejavnik zdravstvene nege v SBI vrednoti, da jim medicinska sestra svetuje in jih pozorno posluša (70,3 %) ter da potrebujejo posvetovanja z medicinsko sestro (69,4 %).

V primeru dveh postavk, in sicer (10 in 11), so pacienti kot zelo pomembno označili, da je medicinska sestra pri pogovoru odkrita (56,6 %) in pacienta upošteva kot enakovrednega sogovornika (72,7 %). Za obe postavki je vidno, da je več pacientov, ki so dali oceno zelo pomembno, vendar se razlika ni potrdila kot statistično značilna. V primeru preostalih osmih komunikacijskih elementov hipoteza ni potrjena.

Hipoteza 2: Večina pacientov vrednoti dosegljivost medicinske sestre in dobro informiranost v SBI kot zelo pomembno vrednoto ter jo opredeljujejo kot pozitivno doživeto izkušnjo.

Hipotezo smo potrdili v primeru dveh postavk vrednot dosegljivosti (3 in 4), da zlahka dobi termin obiska (64,8 %) in da pacient ve, kako do storitev zvečer, ponoči in med vikendom (60,4 %). Prav tako smo potrdili hipotezo v primeru dveh postavk vrednot informiranosti (1 in 8), da dobro razumem, kaj medicinska sestra razlaga in da dobim jasna navodila, kaj storiti, če bi bilo kaj narobe (obe po 66,5 %). V preostalih elementih vrednot (2, 5, 6 in 7) pa hipoteza ni potrjena.

Prav tako smo hipotezo potrdili v primeru izkušenj dosegljivosti v primeru treh postavk (2, 3 in 4), in sicer, da delovni čas ni preveč omejen (71,8 %), ko sem poklical v ambulantno, nisem čakal dolgo (79,8 %), in vem, kako do storitev zvečer, ponoči in med vikendom (80,7 %). Tudi v izkušnjah informiranosti smo hipotezo potrdili v primeru dveh elementov (1 in 8), razumel sem, kaj mi je razlagala (68,7 %), in dobil sem jasna navodila, kaj storiti, če bi bilo kaj narobe (90,3 %). V preostalih elementih izkušenj (5, 6 in 7) hipoteze nismo potrdili.

Hipoteza 3: Enakopravnost in enakovrednost pacientove obravnave s strani zdravstvene nege je za večino pacientov zelo pomembna vrednota in pozitivna izkušnja, ki jo doživljajo v SBI.

Hipotezo smo potrdili v primeru sedmih postavk pacientovega vrednotenja enakopravnosti in enakovrednosti (1, 3, 4, 5, 8, 10, 12), katerih odstotek odgovorov zelo pomembna vrednota pri vseh, razen pri postavki 8 (57,7 %), presega 64 %. Za preostalih pet postavk (2, 6, 7, 9, 11) pa trditev iz hipoteze 3 v prvem delu zavrnamo.

Trditev iz tretje hipoteze, ki se nanaša na pacientove izkušnje z vidika enakopravnosti in enakovrednosti obravnave za enajst elementov (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12), hipotezo potrdimo. V primeru postavke 11 pa hipoteza 3 v drugem delu ni potrjena.

Hipoteza 4: Izkušnje pacientov z delom medicinskih sester v urgentni ambulanti se razlikujejo od izkušenj v specialističnih ambulantah.

Hipoteza ni potrjena, ker se pridobljeni rezultati niso izkazali za statistično značilne. Prišli pa smo do ugotovitev, da pacienti iz urgentnih ambulant v primerjavi s pacienti iz

specialističnih ambulant izkazujejo v povprečju boljše izkušnje obravnave glede na komunikacijo, dostopnost ter enakovrednost in enakopravnost. Obratno velja za informiranost, kjer ravno pacienti iz specialističnih ambulant beležijo boljše izkušnje kot pacienti iz urgentnih ambulant.

Predlogi

Vendar pa nekaj pacientov ni bilo deležnih za njih zadovoljive oskrbe, zato predlagamo nekaj izboljšav:

- ✓ posvetiti več pozornosti izobraževanju komunikacijskih veščin medicinskih sester;
- ✓ v bolnišnici uvesti letno vrednotenje zadovoljstva pacientov;
- ✓ zmanjšati obremenitve medicinskih sester z administrativnim delom, da pridobijo več časa za oskrbo in podajanja informacij pacientom;
- ✓ telefonske klice v ambulantni omejiti na najnujnejše, da se ne prekinja delo medicinske sestre;
- ✓ izpopolniti način naročanja pacientov;
- ✓ uvesti možnost stika pacientov z medicinsko sestro po e-pošti;
- ✓ predlagati in spodbujati paciente k zapisovanju in spraševanju o njihovih težavah.

Omejitve raziskave

Opažena je bila nižja odzivnost anketirancev od pričakovane, kljub možnosti odklonitve sodelovanja v raziskavi ob razdelitvi anketnega vprašalnika, prav tako večje število nepravilno izpolnjenih anketnih vprašalnikov (26 v urgentni ambulantni in 5 v specialističnih ambulantah), morebiti zaradi zdravstvenega stanja pacientov urgentnih ambulant.

Primerjava rezultatov ankete z drugimi raziskavami je bila otežena zaradi tega, ker naša raziskava temelji na dveh anketnih vprašalnikih o zadovoljstvu z delom zdravnika in ne medicinske sestre.

Raziskave s področja zadovoljstva z zdravstveno nego so bile narejene, vendar so vprašanja drugačna kot v naši raziskavi. Primerjave so bile možne le v določenih segmentih.

6 ZAKLJUČEK

Kot je pomembna sama oskrba pacienta, tako je pomembna tudi povratna informacija o tem, kako nas vidi in dojema pacient. V procesu zdravstvene obravnave bi se lahko na vsakem koraku zamislili, da smo pacienti mi sami ali naši bližnji ter se tako lažje vživeli v pričakovanja in potrebe vsakega pacienta. Pacienti si želijo, da bi spoštovali in upoštevali njihove vrednote, jim dali možnost izbire, jih obveščali in informirali o možnostih, ki so jim na voljo ter s tem poskušali zagotavljati njihove potrebe. Če resnično želimo uresničevati in nenehno izboljševati eno od pomembnih načel kakovosti – osredotočenje na pacienta, moramo pacienta spraševati o njegovih izkušnjah pri zdravljenju. Ta način smo izbrali tudi mi. S pomočjo anketnega vprašalnika smo pridobili informacije, s pomočjo katerih lahko ocenimo stanje oskrbe zdravstvene nege pacientov v njihovih očeh. Ugotovili smo, da je pacientom najpomembnejše, da jim prisluhnemo in svetujemo, ker potrebujejo posvete z nami, da smo z njimi odkriti in jih upoštevamo kot enakovredne sogovornike. Za paciente je zelo pomembno tudi to, da so dobro informirani in da vedo, kako poiskati pomoč, kadar jo potrebujejo zunaj delovnega časa njihove ambulate, in kaj naj storijo, če bi bilo kaj narobe, kot tudi, ko se naročajo na preglede v ambulantno, da brez težav dobijo datum pregleda. Pomembno jim je tudi to, da razumejo, kaj se jim razlaga. Veliko poudarka pacienti namenjajo tudi prijaznosti medicinske sestre in prijaznemu sprejemu, da je pri svojem delu natančna, da z njihovimi podatki ravna zaupno, da pacientu razloži posege, ki jih bo deležen, da si medicinske sestre razkužujejo roke, pacienti pa se zavzemajo za enakopravnost obravnave.

7 LITERATURA

1. Kersnik J. Bolnik v Slovenskem zdravstvu – Monografija o zadovoljstvu bolnikov in organizaciji pritožnega sistema. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2003: 5, 10, 11, 12, 105.
2. Jus A, Herga Z. Komunikacija v centru za nujno medicinsko pomoč. V: Filej B, Kaučič BM, Lahe M, Pajnkihar M, ur. Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege: zbornik referatov in posterjev / 1. simpozij zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo, Maribor, 21. 09. 2006. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, 2006: 164-166.
3. Kersnik J. Kakovost v zdravstvu. 2. izd. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2010: 9-17, 24, 95.
4. Jus A. Etične dileme v centru za nujno medicinsko pomoč. V: Filej B, Kaučič BM, Lahe M, Pajnkihar M, ur. Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege: zbornik referatov in posterjev / 1. simpozij zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo, Maribor 21.09. 2006. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, 2006: 97.
5. Železnik D. Pomen komunikacije in etike v zdravstveni negi. V: Filej B, et al, ur. Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege: zbornik referatov in posterjev / 1. simpozij zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, 2006: 35-42.
6. Stres A. Etika ali filozofija morale. Ljubljana: Družina d.o.o., 1999: 5,6,10,11,12,13.
7. Naka S, Kvas A. Razvoj vrednot in načelo pravičnosti. V: Klemenc D, Kvas A, Pahor M, Šmitek J, ur. Zdravstvena nega v luči etike. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, 2003: 225–37.

8. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije (2014). Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije.

http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/kodeks_etike_v_zdravstveni_negi_in_oskrbi_slovenije_marec_2014_sklep_uo_11_6_2014_podlaga.pdf <03.11.2014>

9. Toth M. Kakovost v sistemu zdravstvenega varstva. *Ekonomika, organizacija in informatika v zdravstvu* 2006; 22(2): 40-47.

10. Albreht T, Cesen M, Hindle D, Jakubowski E, Kramberger B, Kerstin Petric V »in sod«. Health Care Systems in Transition Slovenia. *European Observatory on Health Care Systems* 2002; 4(3): 25-26.

11. Robida A, Yazbeck Anne-Marie, Kociper B, Mate T, Marušič D.. Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. Robida A, ur. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje republike Slovenije, 2006: 4.

12. Lubi T (2009). Kakovost v zdravstveni negi.

http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/pdf/132B.pdf<11.10.2014>

13. Kersnik J. Zagotavljanje in izboljševanje kakovosti.

www.mf.uni-lj.si/dokumenti/77ale69037493bded732aea07ead34b9.pdf <03.01.2014>

14. Grbec V. Kakovost v zdravstvu temelji na vrednotah. *Obzor Zdr N* 2000; 34: 101-102.

15. Kersnik J. Kakovost zdravstvene nege. *Obzor Zdr N* 2001; 35: 272-275.

16. Robida A, Fakin S. Uvajanje kakovosti v slovenske bolnišnice. V: Žargi D, ur. Inovativnost in spremembe-temelj dolgotrajnega uspeha: znanje za obvladovanje sprememb: zbornik referatov / 14. letna konferenca , Bernardin, 10. in 11. november 2005. Ljubljana, Slovensko združenje za kakovost, 2005: 166-170.

17. Klemenc D. Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenem timu med medicinskimi sestrami in zdravniki-priložnost za nenehno izboljševanje kakovosti. *Zdravniški vestnik* 2007; 76(1): 55-59.

18. Prestor L. Zadovoljstvo pacientov kot element kakovostne obravnave v urgentni ambulanti Bolnišnice Golnik - klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo. V: Kladivec S, ur. Zbornik predavanj / 4. slovenski pnevmološki in alergološki kongres, program za medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege, Portorož, 14. - 15 september 2008. Golnik: Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo Golnik, 2008: 82-89.

19. Kelhar A, Lednik L. Medicinska sestra v odnosu do dela in bolnika zagotavlja kakovost, varnost in učinkovitost. V: Filej B, Kersnič P, ur. Zdravstvena in babiška nega-kakovostna, učinkovita in varna: zbornik predavanj in posterjev / 6. mednarodnega kongresa zdravstvene in babiške nege. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2007: 255-260.

20. Trampuž R. Krožki kakovosti-metoda motivacije za prenos kakovosti v prakso. V: Trampuž R, ur. Kakovost zdravstvene nege – kako jo prenesti v prakso: zbornik prispevkov, Nova Gorica, 3. april 2004. Nova Gorica: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, 2004: 50-55.

21. Sekavčnik T. Razvijanje standardov in kriterijev kakovosti zdravstvene nege. Grbec V, ur. 1 izd. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 1997: 11-16.

22. Hajdinjak A, Meglič R. Pomen standardov v sodobni zdravstveni negi. *Obzor Zdr N* 2001; 35: 29-35.

23. Donik B. Kako uvajati spremembe in novosti v klinično prakso zdravstvene nege?. *Obzor Zdr N* 2006; 40: 243-246.

24. Pajnkihar M. Vrednote in znanje medicinskih sester za doseganje učinkovite zdravstvene nege, osnovane na znanstvenih dokazih. V: Pajnkihar, »in sod«, ur. Gradimo zmogljivo in učinkovito zdravstveno nego: zbornik predavanj / 1. Mednarodna znanstvena konferenca društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor, 03. in 04. junij 2010. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije-Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2010: 106-110.

25. Hajdinjak G, Meglič R. Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 2006: 67, 69, 95.

26. Trampuž R. Negovalne diagnoze in njihova uporaba v praksi. V: Trampuž R, ur. Kakovost zdravstvene nege – kako jo prenesti v prakso: zbornik prispevkov, Nova Gorica, 3. april 2004. Nova Gorica: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, 2004: 56-62.

27. Pajnkihar M, Lahe M. Spoštovanje pacientovega dostojanstva in avtonomnosti v medsebojnem partnerskem odnosu med medicinsko sestro in pacientom. V: Filej B, Kaučič BM, Lahe M, Pajnkihar M, ur. Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege: zbornik referatov in posterjev / 1. simpozij zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo, Maribor 21. 09. 2006. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, 2006: 31-33.

28. Škerbinek L. Profesionalna komunikacija medicinske sestre. *Obzor Zdr N* 1992; 26: 29-32.

29. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije (2005). Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

www.dmszt-nm.si/media/pdf/kodeks_etike.pdf <17.3.2014>

30. Ivanuša A, Železnik D. Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, 2008: 8.

31. Department of Health and Ageing. Emergency triage education kit – triage workbook. Canaberra: Australian Government, 2009: 3-7.

32. Lavrenčič Zafošnik P. Vpliv uvedbe petstopenjskega triažnega sistema na sprejem bolnikov v službi nujne medicinske pomoči. [magistrsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, 2013: 1-3, 14-17.

33. Christ M, Grossmann F, Winter D, Bingisser R, Platz E. Modern triage in the emergency department. *Deutsches Arzteblatt International* 2010; 107 (50): 892-898.

34. Zdravstveni dom Ljubljana. Kdaj na urgenco?

https://www.zd-lj.si/zdlj/images/stories/kdaj_na_urgenco.pdf <28.07.2014>

35. Vošnjak A (2014). Kdaj na urgenco in kdaj ne.

<http://www.dnevnik.si/zdravje/arhiv/kdaj-na-urgenco-in-kdaj-ne> <28.07.2014>

36. Zdolšek S, Zupan P. Sprejem poškodovanca v urgentni center. V: Cotič Anderle M, Okrožnik M, Bračko V, Štromajer D, ur. Urgentni bolnik – strokovni izziv: zbornik predavanj / strokovni seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci, Terme Čatež, 23.-24.10.2008. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci, 2008: 97-102.
37. Fekonja Z, Jus A. Zadovoljstvo pacientov z zdravstveno nego kot indikator kakovostne zdravstvene obravnave v ambulantni nujne medicinske pomoči. V: Ferjan M, Kljajić-Borštnar M, Marič M, Pucihar A, ur. Kakovost Inovativnost Prihodnost: zbornik povzetkov referatov / 31. mednarodne konference o razvoju organizacijskih znanosti, Portorož, 21.-23.3.2012. Kranj: Moderna organizacija, 2012: 48-49.
38. Klemen P. Ali lahko merimo obremenjenost urgentnih ambulant? V: Grmec Š, Kupnik D, ur. Akutna stanja. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor – center za nujno medicinsko pomoč in reševalne prevoze, 2007: 238-242.
39. Kersnik J. Multivariantna analiza zadovoljstva bolnikov z zdravnikom družinske medicine. *Zdravniški vestnik* 2001; 70: 381-6.
40. Sotler R. Nekatere dileme medicinskih sester v zvezi z zakonom o pacientovih pravicah. V: Filej B, ur. Celostna obravnava pacienta – kako daleč smo še do cilja?: pomen integralne nege in integrativne medicine za paciente: zbornik prispevkov z recenzijo / znanstveni simpozij z mednarodno udeležbo, Novo mesto, 20. in 21. oktober 2011. Novo mesto: Visoka šola za zdravstvo, Visokošolsko središče, 2012: 269.
41. Uzman I (2003). Koncepti in veščine komunikacije.
<http://www.leila.si/dokumenti/kom.pdf>. <14.04.2014>
42. Rungapadiachy DM. Medosebna komunikacija v zdravstvu. Ljubljana: Educy, 2003: 277.
43. Klemenc D. Komunikacija kot element kakovostne zdravstvene obravnave z vidika etičnih načel in pacientovih pravic. V: Filej B, Kaučič BM, Lahe M, Pajnkihar M, ur. Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege: zbornik referatov in posterjev / 1. simpozij zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo,

Maribor 21. 09. 2006. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, 2006: 43-47.

44. Starc J. Komunikacija kot sredstvo izražanja pacientovih potreb. V: Filej B, ur. Celostna obravnava pacienta – kako daleč smo še do cilja?: pomen integralne nege in integrativne medicine za paciente: zbornik prispevkov z recenzijo / znanstveni simpozij z mednarodno udeležbo, Novo mesto 20. in 21. oktober 2011. Novo mesto: Visoka šola za zdravstvo, Visokošolsko središče, 2012: 278-282.

45. Gosarič M. Pomen komunikacije v psihiatrični zdravstveni negi. [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola, 2005: 30.

46. Filipič I. Komunikacija v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N* 1998; 32: 221-225.

47. Ule M. Spregledana razmerja: vloga negovalnega komuniciranja v zdravstvu. V: Filej B, Kaučič BM, Lahe M, Pajnkihar M, ur. Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege: zbornik referatov in posterjev / 1. simpozij zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo, Maribor 21. 09. 2006. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, 2006: 15-19.

48. Čuk V. Komuniciranje v zdravstveni negi. V: Trampuž R, ur. Komunicirajmo med seboj: zbornik prispevkov, Ajdovščina 15. in 22. oktober 2005. Nova Gorica: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, 2005: 10-27.

49. Brvar M. Agresivno vedenje pacientov na urgenci – kako ukrepati? V: Cotič Anderle M, Okrožnik M, Bračko V, Štromajer D, ur. Urgentni bolnik – strokovni izziv: zbornik predavanj / strokovni seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci, Terme Čatež, 23.-24.10.2008. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci, 2008: 49-52.

50. Mlakar R, Lešnik M. Skrb za varnost osebja na kirurškem urgentnem oddelku. V: Cotič Anderle M, Okrožnik M, Bračko V, Štromajer D, ur. Urgentni bolnik – strokovni izziv: zbornik predavanj / strokovni seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci, Terme Čatež, 23.-24.10.2008. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci, 2008: 57-60.

51. Dovč Z. Učinkovita komunikacija na delovnem mestu. V: Božjak M, ur. Preobremenjenost, konflikti in stres na delovnem mestu: zbornik predavanj, Bled, 17. in 18. april 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije-Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v hematologiji, 2009: 7-10.
52. Železnik D, Železnik U. Etični pristop kot ključni dejavnik za celostno obravnavo pacienta. V: Filej B, ur. Celostna obravnava pacienta – kako daleč smo še do cilja?: pomen integralne nege in integrativne medicine za paciente: zbornik prispevkov z recenzijo / znanstveni simpozij z mednarodno udeležbo, Novo mesto, 20. in 21. oktober 2011. Novo mesto: Visoka šola za zdravstvo, Visokošolsko središče, 2012: 340.
53. Musek J. Nova psihološka teorija vrednot. Ljubljana: Inštitut za psihologijo osebnosti, Educy, 2000: 9-11, 29, 310.
54. Musek J. Osebnost in vrednote. Ljubljana: Educy, 1993: 50-51, 72.
55. Mohar P, Fink A. Vzgoja za etično držo-vzgoja za življenje. V: Filej B, Kaučič BM, Lahe M, Pajnkihar M, ur. Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege: zbornik referatov in posterjev / 1. simpozij zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo, Maribor 21. 09. 2006. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, 2006: 93.
56. Trobec I. Vplivi na etično odločanje in priprava študentov na etične odločitve. V: Filej B, Kaučič BM, Lahe M, Pajnkihar M, ur. Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege: zbornik referatov in posterjev / 1. simpozij zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo, Maribor 21.09. 2006. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, 2006: 90-92.
57. Ramovš J. Osebnostne osnove etičnega ravnanja v poklicu. V: Toplak L, ur. Profesionalna etika pri delu z ljudmi: zbornik. Maribor: Univerza v Mariboru, Inštitut Antona Trstenjaka za psihologijo, logoterapijo in antropohigieno v Ljubljani, 1996: 77.
58. Vuga S. Zdravstvena nega in profesionalna etika. V: Toplak L, ur. Profesionalna etika pri delu z ljudmi: zbornik. Maribor: Univerza v Mariboru, Inštitut Antona Trstenjaka za psihologijo, logoterapijo in antropohigieno v Ljubljani, 1996: 317.

59. Šmitek J. Uporabnost teorij etike v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N* 2004; 38: 205-209.
60. Roškar J. Spoštovanje etičnih načel pri obravnavi starostnika. [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, 2011: 6-7.
61. Grbec V. Od medicinske etike do etike v zdravstveni negi.
http://www.obzornikzdravstvenenega.si/Celoten_clanek.aspx?ID=9fdc2eed-a42b-44de-91c6-87ceac4efa70 <16.04.2014>
62. Zwitter M, Ećimović P. Etična razpotja v klinični medicini. Zwitter M, Ećimović P, ur. Program tečaja, prispevki in delovno gradivo. Ljubljana: Onkološki inštitut, 1998: 103.
63. Andreassen TW. Antecedents to satisfaction with service recovery. *European journal of marketing* 2000; 34 (1/2): 156-175.
64. Gazvoda MT. Zadovoljstvo varovancev kot pomemben del poslovne odličnosti. V: Žargi D, ur. Kakovost – različni pristopi, skupen cilj. Ljubljana: Slovensko združenje za kakovost, 2004: 152-155.
65. Kovačič P. Zadovoljstvo pacientov z zdravstvenimi storitvami. [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, 2008: 33, 42-44.
66. Državni zbor (2008). Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013, »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev«.
http://www.who.int/medical_devices/survey_resources/health_technology_national_policy_slovenia.pdf <12.05.2014>
67. Kersnik J. Zadovoljstvo bolnikov. *Medicinski razgledi* 1999; 38: 389.
68. Medicinska fakulteta. EUROPEP vprašalnik.
www.mf.uni-lj.si/dokumenti/093fc4e23b7624ef3e8c1b671f126b01.pdf <12.09.2013>
69. Repinc M, Ažman M. Zaupanje bolnika, ključ v zagotavljanju varne in kakovostne zdravstvene nege. V: Filej B, Kersnič P, ur. Zdravstvena in babiška nega-kakovostna, učinkovita in varna: zbornik predavanj in posterjev / 6. mednarodnega kongresa zdravstvene in babiške nege, Ljubljana 10.-11. maj 2007. Ljubljana: Zbornica zdravstvene

in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2007: 515-520.

70. Šmitek J. Filozofija, morala in etika v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N* 1998; 32: 127-38.

71. Zakonodaja.com (2008). Zakon o pacientovih pravicah. Ur.l.RS. št. 15/2008.

<https://zakonodaja.com/zakon/zpacp/11-clen-primerna-kakovostna-in-varna-zdravstvena-oskrba> <20.01.2014>

72. Coulter A. What do patients and the public want from primary care? *BMJ* 2005; 331(7526): 1199–1201.

73. Newsome PRH, Wright GH. 1. Concepts of satisfaction: A review of patient satisfaction. *British dental journal* 1999; 186(4): 162, 164.

74. Dijaški.net. Vpliv medijev na svet 21. Stoletja.

http://www.dijaski.net/sociologija/eseji.html?r=soc_ese_vpliv_medijev_na_svet_21_stoletja_01.pdf <12.05.2014>

75. Ratković I. Nekatero najpomembnejše osebnostne teorije in njihov kriminološki pomen. [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Pravna fakulteta, 2009: 1.

76. Kui Son C, Hanjoon L, Chankon K, Sunhee L. The service quality dimensions and patient satisfaction relationships in South Korea: comparisons across gender, age, and types of service. *Journal of service marketing* 2005; 19(3): 140-149.

77. Buzeti T, Djomba JK, Gabrijelčič-Blenkuš M, Ivanuša M, Jeriček-Klanšček H, Kelšin N »in sod«. Neenakosti v zdravju v Sloveniji. Buzeti T, Gabrijelčič-Blenkuš M, Gruntar-Činč M, Ivanuša M, Pečar J, Tomšič S, »in sod« ur. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2011:17-28.

78. Kersnik J. Kakovost v splošni medicini. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1998: 233.

79. Skela Savič B. Informiranje bolnika z rakom kot element celovitega upravljanja kakovosti. *Obzor Zdr N* 2003; 37: 107-15.

80. Klemenc D. Medicinska sestra-zagovornica pacientovih pravic. *Obzor Zdr N* 2004; 38: 287-96.
81. Skela Savič B (2001). Zadovoljstvo bolnikov-kazalec kakovosti v zdravstvu: 18-22.
[http://www.onkologija.org/uploads/dob_okno/Okno %202-2001.pdf](http://www.onkologija.org/uploads/dob_okno/Okno_%202-2001.pdf) <15.04.2014>
82. Košir A. Spoštovanje etičnega načela avtonomije-temelj obravnave bolnika kot subjekta v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N* 2004; 38: 297-303.
83. Dobnik K. Pomen učinkovitega komuniciranja med zaposlenimi v zdravstvu za večje zadovoljstvo bolnikov. [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, 2009: 24, 25.
84. Šmitek J. Etika in etična razmišljanja v zdravstveni negi. V: Medicinske sestre v Sloveniji: zbornik člankov s strokovnega srečanja z mednarodno udeležbo Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, Ljubljana, dne 04. 12. 2001. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, 2001; 66-83.
85. Filej B. Organizacijsko spreminjanje v zdravstveni negi je odvisno od vsake posamezne glavne medicinske sestre zdravstvenih in socialnovarstvenih ustanov. *Obzor Zdr N* 2009; 43(1): 3-11.
86. Skela Savič B. Izkušnje bolnikov v bolnišnični obravnavi ali kako bolniki ocenjujejo delo zdravnikov in medicinskih sester. Ljubljana: Onkološki Inštitut, 2003: 1-5.
87. Robida A. Nacionalna anketa o izkušnjah pacientov v bolnišnici. Robida A, ur. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2007: 183-198.
88. Schäfer WLA, Boerma WGW, Kringos DS, De Maeseneer J, Greß S, Heinemann S, »in sod«. QUALICOPC is a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. *BMC Family Practice* 2011; 12: 115.
89. Jerebic S. Primerjava rezultatov ankete o zadovoljstvu pacientov v SBJ za leto 2013 z rezultati iz leta 2012 in 2011. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, 2014: 2-16.

ZAHVALA

Z velikim spoštovanjem se zahvaljujem svoji mentorici, prim. doc. dr. Danici Rotar Pavlič, za strokovno pomoč, usmerjanje, hiter pregled vsebin in nasvete pri pisanju magistrske naloge.

Zahvaliti se želim tudi timom zdravstvene nege specialističnih kirurških in specialističnih internističnih ambulant ter timu urgence Splošne bolnišnice Izola za razdeljevanje anketnih vprašalnikov pacientom in izpolnjevanje anketnih vprašalnikov za medicinske sestre, katerih rezultati so pripomogli k nastanku te naloge. Zahvaljujem se tudi Maji Sever, za strokovno svetovanje pri statistični analizi podatkov.

Še posebej pa se iskreno zahvaljujem svojemu Martinu in Matiasu za spodbudne besede, potrpežljivost in pomoč pri doseganju cilja kot tudi svoji družini, ki mi je stala ob strani.

PRILOGE

Priloga 1: Anketni vprašalnik za medicinske sestre

Spoštovani

Sem Marija Pintarič, absolventka Fakultete za vede o zdravju Izola in pišem magistrsko nalogo na temo: VREDNOTE PACIENTOV IN NJIHOVE IZKUŠNJE S STORITVAMI ZDRAVSTVENE NEGE. Prosila bi vas, če si lahko vzamete pet minut časa in odgovorite na vprašanja. Anketa je anonimna, rezultati bodo uporabljeni za izdelavo magistrske naloge.

Na katerem delovišču delate?

☐ URGENCA SBI ☐ SPECIALISTIČNE AMBULANTE SBI

1. Spol ☐ Moški ☐ Ženska

2. Starost _____let

3. Prosim označite kako opravljate – ocenjujete svoje delo

	Da	Ne	Ne vem
1. Do pacientov sem prijazen/a in jih prijazno sprejemem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jim svetujem (nega) in pozorno poslušam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sprašujem jih o zdravstvenih težavah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Pacienti dobro razumejo, kaj jim razlagam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Za njih imam dovolj časa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Pacient ima pri mojem delu občutek natančnosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Z njegovimi zdravstvenimi podatki ravnam zaupno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Prav tako jim dajem občutek popolnega zaupanja			
1. Naša ambulanta ima dolg delovni čas/24 ur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pacienti v tej ambulanti zlahka dobijo datum in uro obiska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Pacienti vedo, kako do storitev zvečer, ponoči in med vikendom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Pacientu ne vzbujam občutka, da morava pohiteti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nimam predsodkov zaradi pacientove starosti, spola, veroizpovedi ali kulturnega ozadja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vsi pacienti so enakopravno obravnavani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Pacienta vprašam, ali ima kakšna vprašanja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Vprašam ga, ali je vse razumel/a 6. Spremljam in obvladujem vse dejavnosti v zvezi z pacientom 7. Pacientu razložim pomen posega in poseg, ki ga bom opravil/a pri njemu 8. Pred njim ne govorim, kot da ga ni 9. Preden začnem izvajati poseg pri njemu, si razkužim roke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Ali kdaj posvet z pacientom prekinjate zaradi telefonskih klicev ? 2. Pacientu podajate nadaljnje informacije o njegovi zdravstveni težavi (nega) ? 3. Pacienti so pripravljeni spraševati in si zapisovati ? 4. Pacienti so na splošno pri pogovoru z vami odkriti in niso v zadregi ? 5. Pacienti se lahko z vami pogovorijo o psihosocialnih težavah (osebne skrbi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Pacientu ponudim, naj se name obrnem prek telefona ali po e-pošti, če bi imel/a še kakšna vprašanja 2. Podam mu jasna navodila, kaj storiti, če bi bilo kaj narobe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Pri komunikaciji z pacientom uporabljam besede kot so: prosim, hvala, izvolite 2. Paciente nazivam z gospod, gospa, sem spoštljiv/a 3. Pri pogovoru z pacientom sem odkrit/a 4. Pri pogovoru paciente upoštevam kot enakovredne sogovornike	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Koliko pacientov je pregledanih v enem tednu v ambulanti v kateri delate

Število pacientov enem tednu: cca ____

5. Koliko ur na teden delate kot medicinska sestra/tehnika ____ ur na teden

6. Koliko ur na teden porabite za oskrbo pacientov (posvete, telefonske posvete)?

____ ur na teden

7. Koliko ur na dan porabite za dokumentacijo izvedenih storitev

____ ur na dan

8. Koliko stikov z pacienti imate v običajnem delovnem dnevu?

1. Neposredni stiki v ordinaciji (število) _____ na dan

2. Po telefonu _____ na dan

9. Ali lahko dobivate posebne finančne spodbude ali bonuse za dodatno svetovanje pacientom (kronični pacienti, preventiva)

Da Ne Ne vem

☐ ☐ ☐

10. Ali se je v zadnjih 12 mesecih v vaši ambulanti centru izvajalo

Ugotavljanje zadovoljstva vaših pacientov? Da Ne Ne vem

☐ ☐ ☐

11. Koliko ur v delovnem dnevu je ambulanta v kateri delate odprta za oskrbo

pacientov? _____ ur v delovnem dnevu

12. V kolikšni meri se strinjate z naslednjimi izjavami?

	Močno se strinjam	Strinjam se	Ne strinjam se	Močno se ne strinjam
1. Zdi se mi, da del mojega dela nima pravega smisla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Moje delo me še vedno tako zanima, kot me je nekoč	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Moje delo je preobremenjeno z nepotrebnimi administrativnimi podrobnostmi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Moja trenutna služba je preveč stresna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Biti medicinska sestra/zdravstveni tehnik je spoštovano delo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Pri mojem delu obstaja dobro ravnotežje med trdom in nagrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dela imam več, kakor ga zmorem narediti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Za posvete z pacienti nimam dovolj časa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Zaradi omejenega oz. pomanjkanja časa in prevelike obremenjenosti z vsem ostalim delom, katero mi je naloženo, se kakovost posveta z pacienti zniža	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Ali pacienti potrebujejo posvete z medicinskimi sestrami?

Da Ne Ne vem

☐ ☐

14. Naslednja vprašanja se nanašajo na vaše osebno zadovoljstvo pri delu.

1 - ni pomembno 2 - manj pomembno 3 - srednje pomembno 4 – pomembno 5 - zelo pomembno						Menite, da to vpliva na kakovost zdravstvene nege
Odnos z nadrejenim	1	2	3	4	5	Da / Ne
Odnosi s sodelavci	1	2	3	4	5	Da / Ne
Dinamičnost dela – zanimivost	1	2	3	4	5	Da / Ne
Samostojnost pri delu (brez kontrole nadrejenega)	1	2	3	4	5	Da / Ne
Možnost napredovanja	1	2	3	4	5	Da / Ne
Ugled – spoštovanje	1	2	3	4	5	Da / Ne
Uveljavljanje svojih idej – zamisli	1	2	3	4	5	Da / Ne
Varnost zaposlitve	1	2	3	4	5	Da / Ne
Višina plače	1	2	3	4	5	Da / Ne

Zahvaljujem se vam, da ste izpolnili vprašalnik.

Priloga 2: Anketni vprašalnik za paciente

Spoštovani

Sem Marija Pintarič, absolventka Fakultete za vede o zdravju Izola in pišem magistrsko nalogo na temo: VREDNOTE PACIENTOV IN NJIHOVE IZKUŠNJE S STORITVAMI ZDRAVSTVENE NEGE. Prosila bi vas, če si lahko vzamete pet minut časa in odgovorite na vprašanja. Anketa je anonimna, rezultati bodo uporabljeni za izdelavo magistrske naloge.

Vprašalnik je sestavljen iz dveh delov. Prvi del se nanaša na vaše vrednote. Drugi del pa se nanaša na to, kakšne izkušnje ste imeli v ambulantni z delom medicinske sestre.

1. DEL: VAŠE VREDNOTE

1. Kako pomembno je za vas naslednje?	ni zelo	malo	pomembno
1. Da je medicinska sestra prijazna in vas prijazno sprejme	pomembno	pomembno	pomembno
2. Da vam svetuje in pozorno posluša	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Da vas sprašuje o zdravstvenih težavah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Da dobro razumete, kaj vam medicinska sestra razlaga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Da ima dovolj časa za vas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Da mi medicinska sestra da pri svojem delu občutek natančnosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Da z mojimi zdravstvenimi podatki ravna zaupno			
8. Da mi da občutek popolnega zaupanja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kako pomembno je za vas naslednje?	ni zelo	malo	pomembno
1. Da ima ta ambulanta dolg delovni čas/24 ur, 12 ur, 8 ur	pomembno	pomembno	pomembno
2. Da v tej ambulanti zlahka dobite datum in uro obiska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Da veste, kako do storitev zvečer, ponoči in med vikendom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>3. Kako pomembno je za vas naslednje?</p> <p>1. Da mi ne vzbuja občutka, da morava pohiteti</p> <p>2. Da nima predsodkov zaradi moje starosti, spola, veroizpovedi ali kulturnega ozadja</p> <p>3. Da so vsi pacienti enakopravno obravnavani</p> <p>4. Da me vpraša, ali imam kakšna vprašanja</p> <p>5. Da me vpraša, ali sem vse razumel/a</p> <p>6. Da medicinske sestre spremljajo in obvladujejo vse dejavnosti v zvezi z mano</p> <p>7. Da mi razložijo pomen posega in poseg, ki ga bodo opravile pri meni</p> <p>8. Da medicinske sestre pred mano ne govorijo, kot da me ni</p> <p>9. Da si medicinske sestre razkužijo roke, preden začnejo izvajati poseg pri meni</p>	<table border="0"> <tr> <td>ni</td><td>malo</td><td colspan="2">pomembno</td></tr> <tr> <td>zelo</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td colspan="4">pomembno pomembno</td></tr> <tr> <td colspan="4">pomembno</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	ni	malo	pomembno		zelo				pomembno pomembno				pomembno				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ni	malo	pomembno																																															
zelo																																																	
pomembno pomembno																																																	
pomembno																																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
<p>4. Kako pomembno je za vas naslednje</p> <p>1. Da medicinska sestra ne prekinja posveta s telefonskimi klici itd.</p> <p>2. Da mi poda nadaljnje informacije o moji zdravstveni težavi (npr. letak, na spletnih straneh)</p> <p>3. Da sem pripravljen/a spraševati in si zapisovati</p> <p>4. Da sem pri pogovoru o svoji zdravstveni težavi odkrit/a in ne v zadregi</p> <p>5. Da se lahko pogovorim o psihosocialnih zadevah (osebne skrbi)</p>	<table border="0"> <tr> <td>ni</td><td>malo</td><td colspan="2">pomembno</td></tr> <tr> <td>zelo</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td colspan="4">pomembno pomembno</td></tr> <tr> <td colspan="4">pomembno</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	ni	malo	pomembno		zelo				pomembno pomembno				pomembno				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ni	malo	pomembno																																															
zelo																																																	
pomembno pomembno																																																	
pomembno																																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
<p>5. Kako pomembno je za vas naslednje</p> <p>1. Da mi medicinska sestra ponudi, naj se nanjo obrnem prek telefona ali po e-pošti, če bi imel/a še kakšna vprašanja</p> <p>2. Da dobim jasna navodila, kaj storiti, če bi bilo kaj narobe</p>	<table border="0"> <tr> <td>ni</td><td>malo</td><td colspan="2">pomembno</td></tr> <tr> <td>zelo</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td colspan="4">pomembno pomembno</td></tr> <tr> <td colspan="4">pomembno</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	ni	malo	pomembno		zelo				pomembno pomembno				pomembno				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
ni	malo	pomembno																																															
zelo																																																	
pomembno pomembno																																																	
pomembno																																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														

6. Kako pomembno je za vas naslednje 1. Da medicinska sestra pri komunikaciji z mano uporablja besede kot so: prosim, hvala, izvolite 2. Da me naziva z gospod, gospa, je spoštljiva 3. Da je pri pogovoru z mano odkrita 4. Da me pri pogovoru upošteva kot enakovrednega sogovornika	<table border="0"> <tr> <td>ni</td> <td>malo</td> <td colspan="2">pomembno</td> </tr> <tr> <td>zelo</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>pomembno</td> <td>pomembno</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>pomembno</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ni	malo	pomembno		zelo				pomembno	pomembno			pomembno			
ni	malo	pomembno															
zelo																	
pomembno	pomembno																
pomembno																	
7. Ali potrebujete posvetovanja z medicinsko sestro?	<table border="0"> <tr> <td>Da</td> <td>Ne</td> <td>Ne vem</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Da	Ne	Ne vem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
Da	Ne	Ne vem															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															

2. DEL: VAŠE IZKUŠNJE

1. Ali se strinjate z naslednjim: 1. Medicinska sestra je bila vljudna in me je prijazno sprejela 2. Me je pozorno poslušal/a in mi svetovala 3. Spraševala me je o mojih zdravstvenih težavah. 4. Nisem prav dobro razumel/a, kaj mi je razlagal/a. 5. Vzel/a si je dovolj časa. 6. Medicinska sestra mi je dajala pri svojem delu občutek natančnosti 7. Z mojimi zdravstvenimi podatki je ravnala zaupno 8. Prav tako mi je dajala občutek popolnega zaupanja	<table border="0"> <tr> <td>Da</td> <td>Ne</td> <td>Ne vem</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Da	Ne	Ne vem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Da	Ne	Ne vem																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
2. Razmislite o ambulantni, ki ste jo danes obiskali. Ali se strinjate z naslednjim: 1. Delovni čas je preveč omejen ___ur/dan 2. Ko sem poklical/a v ambulanto, sem čakal/a dolgo, preden sem z nekom govoril/a, da dobim datum in uro obiska 3. Vem, kako do storitev zvečer, ponoči in med vikendom.	<table border="0"> <tr> <td>Da</td> <td>Ne</td> <td>Ne vem</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Da	Ne	Ne vem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Da	Ne	Ne vem																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							

3. Ali se strinjate z naslednjimi trditvami 1. Občutek sem imel/a, da nima časa 2. Imel/a je predsodke zaradi moje starosti, spola, veroizpovedi ali kulturnega ozadja 3. Druge paciente so obravnavali bolje kot vas. 4. Vprašala me je ali imam še kakšna vprašanja 5. Zanimalo jo je ali sem vse razumel/a 6. Medicinske sestre so spremljale in obvladovale vse dejavnosti v zvezi z mano 7. Razložile so mi pomen posega in poseg, ki ga bodo opravile pri meni 8. Pred mano ne govorijo, kot da me ni 9. Preden so začele izvajati poseg pri meni so si razkužile roke	<table border="0"> <tr> <td>Da</td> <td>Ne</td> <td>Ne vem</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Da	Ne	Ne vem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Da	Ne	Ne vem																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
4. Ali se vam je kdaj pripetilo naslednje 1. Medicinska sestra je prekinjala najin posvet zaradi telefonskih klicev, drugega dela 2. Podajala mi je nadaljnje informacije o moji zdravstveni težavi (letake, spletne strani) 3. Povprašala me je ali sem pripravljen/a spraševati in si zapisovati 4. Spodbujala me je da sem pri pogovoru o svoji zdravstveni težavi odkrit/a in ne v zadregi 5. Prisluhnila je potrebi po pogovoru o psihosocialnih zadevah (osebne skrbi)	<table border="0"> <tr> <td>Da</td> <td>Ne</td> <td>Ne vem</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Da	Ne	Ne vem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Da	Ne	Ne vem																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
5. Ali ste bili kdaj deležni naslednje oskrbe 1. Medicinska sestra mi je ponudila, naj se nanjo obrnem prek telefona ali po e-pošti, če bi imel/a še kakšna vprašanja 2. Dobil/a sem jasna navodila, kaj storiti, če bi bilo kaj narobe	<table border="0"> <tr> <td>Da</td> <td>Ne</td> <td>Ne vem</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Da	Ne	Ne vem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
Da	Ne	Ne vem																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
6. Ali se strinjate z naslednjimi trditvami 1. Medicinska je sestra pri komunikaciji z mano uporabljala besede kot so: prosim, hvala, izvolite 2. Nazivala me je z gospod, gospa, je bila spoštljiva	<table border="0"> <tr> <td>Da</td> <td>Ne</td> <td>Ne vem</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Da	Ne	Ne vem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
Da	Ne	Ne vem																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										

3. Pri pogovoru z mano je bila odkrita	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Pri pogovoru me je upoštevala kot enakovrednega sogovornika	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Kolikokrat ste se do sedaj posvetovali z medicinsko sestro	<input type="checkbox"/> To je bilo prvič <input type="checkbox"/> Enkrat pred tem obiskom <input type="checkbox"/> 2 do 4 krat pred tem obiskom <input type="checkbox"/> 5 ali večkrat pred tem obiskom <input type="checkbox"/> Ne vem <input type="checkbox"/> Nikoli
8. Kako bi na splošno opisali svoje zdravje?	<input type="checkbox"/> zelo dobro <input type="checkbox"/> dobro <input type="checkbox"/> zadovoljivo <input type="checkbox"/> slabo
9. Se vam zdi, da je zvečer, ponoči in med vikendi preveč zapleteno iti k zdravniku	Da Ne Ne vem <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. Kolikokrat ste v zadnjih 12 mesecih šli na urgenco/specialistične ambulate zaradi sebe?	<input type="checkbox"/> Nikoli <input type="checkbox"/> Enkrat <input type="checkbox"/> 2 do 3-krat <input type="checkbox"/> 4- ali večkrat
<i>Na koncu bi vam rada zastavila nekaj vprašanj o vaših osebnih značilnostih.</i>	
1. Ste moški ali ženska?	<input type="checkbox"/> moški <input type="checkbox"/> ženska
2. Starost?	Let _____
3. Kako bi opisali svoj trenutni zaposlitveni status? (Možnih je več odgovorov.)	<input type="checkbox"/> zaposlen/a <input type="checkbox"/> študent/ka <input type="checkbox"/> iščem službo (brezposeln/a) <input type="checkbox"/> nezmožen/a za delo zaradi bolezni ali invalidnosti <input type="checkbox"/> upokojen/a
4. Kakšna je stopnja vaše najvišje dosežene	<input type="checkbox"/> osnovnošolska izobrazba

izobrazbe?	<input type="checkbox"/> srednja <input type="checkbox"/> višja <input type="checkbox"/> visoka strokovna <input type="checkbox"/> univerzitetna in več
-------------------	--

Zahvaljujem se vam, da ste izpolnili vprašalnik.

Priloga 3: Pisno dovoljenje za opravljanje raziskave

Izola: 02.09.2013

Spoštovani

Zadeva: Prošnja za dovoljenje izvedbe raziskave

Sem Marija Pintarič, absolventka Fakultete za vede o zdravju Izola. Trenutno delam na Urgenci v SBI. Pišem magistrsko nalogo na temo VREDNOTE PACIENTOV IN NJIHOVE IZKUŠNJE S STORITVAMI ZDRAVSTVENE NEGE. Za nastanek te naloge pa je potrebna raziskava, katero bi želela izvesti med medicinskimi sestrami, katere delajo v specialističnih ambulantah (INT in KRG) in MS ki delajo na urgenci v SBI. Vprašalnike pa bi prav tako razdelila pacientom, kateri so bili obravnavani v teh ambulantah. Zato vas naprošam za privolitev izvedbe te raziskave. Rezultati raziskave bodo uporabljeni za magistrsko nalogo.

Prilagam vprašalnik za paciente in vprašalnik za medicinske sestre.

V želji na pozitivno rešeno prošnjo se vam v naprej zahvaljujem

Lep pozdrav

Marija Pintarič

Dr. & [signature]
10.9.13 [signature]

Dr. & [signature]
Blaž BERGER, dr. med.
spec. gastroenterolog
Predstojnik Internega oddelka
17.9.2013

18.9.2013 [signature]
Asst. Peter GOLOB, dr. med.
specialist kirurg